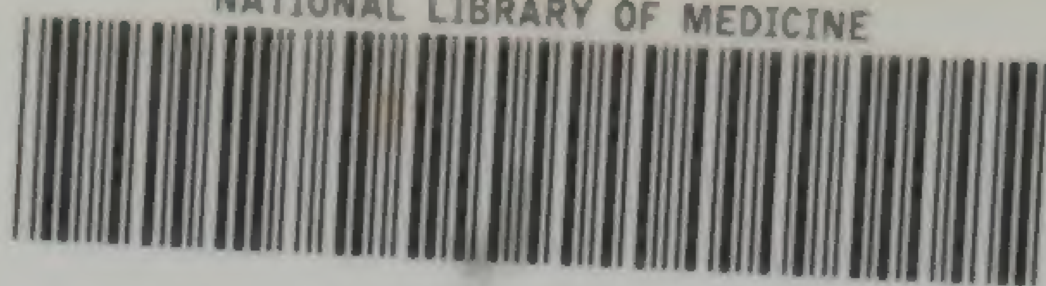
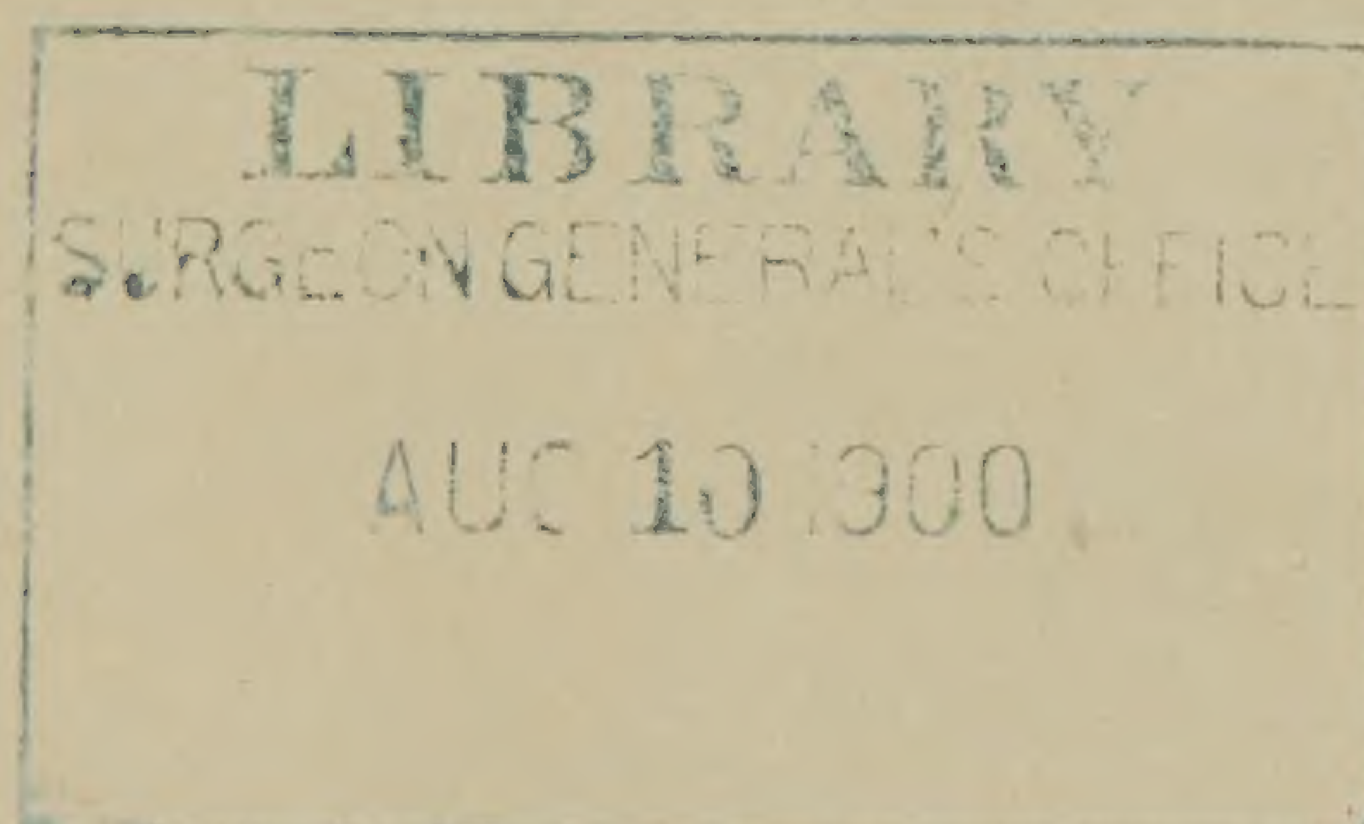




2982
S.G.

LAPAROTOMÍAS é HISTERECTOMÍAS



CLÍNICA GINECOLÓGICA

LAPAROTOMÍAS

É

HISTERECTOMÍAS

POR

ENRIQUE REVILLA

Médico-Director del Hospital San Roque,
Médico de la Sala XI (de Mujeres) del mismo establecimiento,
Profesor sustituto de la Facultad de Ciencias Médicas, Vocal del Departamento Nacional de Higiene, Ex-Jefe de la 3ª Circunscripción sanitaria en el cólera del 86-87, Miembro correspondiente de la *Société Française D' Hygiène*,
Ex-interno del Hospital General de Hombres, etc.



BUENOS AIRES

IMP., LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE JACOBO PEUSER
Cangallo esquina San Martín

1896

FÉ DE ERRATAS

Página	*Línea*	*Dice*	—	*Debe decir*
5	—	operativa	—	operatoria
19	15	perdidas	—	transitorias
»	17	Czerny		Leopold
164	19	»	—	»
»	20	Leopold	—	Czerny

PREFACIO

El libro que entrega á la crítica del público médico el Dr. Revilla, es sin duda una revelación de labor y de consagración entusiasta, á la práctica de una de las ramas más importantes del arte de curar.

La ginecología, sobre todo la ginecología operatoria, ha progresado con tal rapidez en estos últimos años, que hemos podido asistir en el trascurso de nuestros estudios á las transformaciones más radicales que haya experimentado desde mediados del siglo XVIII, y lo que no es común en la ciencia — por lo general de lenta evolución en sus reformas y progresos — hemos alcanzado junto con las lecciones de los antiguos maestros (Bernutz, Scanzoni, Gallard, etc.), la enseñanza y práctica brillante de los modernos ginecologistas (Schröder, Martin, Olshansen, Pozzi, Doleris, Thorton, etc.)

Y estas conquistas ya definitivas, han encontrado entre nosotros un medio tan propicio, que sorprende ver como se han incorporado á nuestra clínica corriente, y como han surgido operadores que en poco tiempo han realizado trabajos de innegable importancia, en tan delicada especialidad.

El presente trabajo es ante todo clínico; hay en él observación, conocimientos, experiencia. Las observaciones prolijamente llevadas forman la base, y las consideraciones juiciosas que las acompañan, el complemento; en todo él se destaca un sello eminentemente personal que constituye su principal mérito.

Las estadísticas en medicina — lo confesaremos — no nos deslumbran, pues sabemos son el resultado de circunstancias tan complejas, que en la gran mayoría de los casos sólo se les puede asignar un valor relativo. Pero, cuando la estadística revela un estudio concienzudo de los hechos, cuando se han llenado estricta y científicamente las indicaciones terapéuticas, en una palabra cuando se ha hecho clínica y no *medicina operatoria*, su valor real es algo más significativo que el que le puede dar «la soberanía brutal del número».

Operar quinientas enfermas con éxito, es algo que puede impresionar bien, pero dejar de operar sobre esta cifra cuatrocientas, curándolas igualmente y economizando las contingencias y mutilaciones fatales, es aproximarse al ideal del *arte de curar;* en el primer caso se puede admirar al artista; en el segundo se revela el hombre de ciencia, previsor, concienzudo y humanitario, y es esta última impresión la que nos produce el presente trabajo.

Así sobre 467 enfermas asistidas sólo se registran 45 operadas, con un promedio de 75 por ciento de curaciones, *bien comprobadas,* sin que haya habido que lamentar insuceso operatorio ó post-operatorio, lo que da á las cifras en este caso un mérito positivo.

Hoy que los recursos de la asepsia y antisepsia, no sólo permiten sino que invitan, podemos decir, á los más audaces avances quirúrgicos, lo difícil no es ser operador sino ginecologista en su verdadera acepción. Y en este sentido, la presente obra debe interpretarse como una reacción saludable, destinada á halagar al amor propio legítimo de nuestro gremio, á la vez que á moderar un *intervencionismo* que ya se alejaba de lo racional, cuando amenazaba hacerse preventivo.

Sin paradoja podemos decir, que una estadística, de las *no operadas*, tendría más valor que la intervención sistemática.

Hay pues que felicitar al distinguido médico encargado del servicio de enfermedades de mujeres del Hospital San Roque, que nos brinda con el provechoso resultado de su larga práctica, de su inteligencia tan bien nutrida y de su loable entusiasmo por la controversia científica, que es el medio más legítimo de consolidar los triunfos de la ciencia.

LUIS GÜEMES.

INTRODUCCIÓN

En ginecología operativa no debe haber teorías, sino indicaciones y oportunidad.

**

En cirugía ginecológica la prudencia no excluye la audacia; pero la oportunidad es el mejor consejero.

**

El presente trabajo es producto de la labor de un año, en el servicio de mujeres de la Sala XI del Hospital «San Roque»; al publicarlo cumplimos un deber intelectual pocas veces llenado en nuestras clínicas hospitalarias. Representa la suma de trabajo útil realizado, con las consideraciones que sugieren los casos clínicos, tanto en la técnica quirúrgica como en las modificaciones terapéuticas.

Este opúsculo no indica precisamente la historia detallada de la suma de operaciones efectuadas, sino aquellas que por su importancia y gravedad merecen estudiarse; las intervenciones de pequeña cirugía, tales como raspados, perineorrafias, amputaciones de cuello, colporrafias, colpocleisis, operaciones de fístulas, etc., no se incluyen en esta publicación, pues además de ser su técnica operatoria casi uniforme, sus resultados tera-

péuticos son bien determinados y sin variantes que llamen la atención en sus fines curativos; las laparotomías ó mejor dicho cœliotomías é histerectomías son las únicas de que nos ocuparemos.

Creemos que cada caso en particular por sencillo que parezca, se presta á la observación y al estudio para deducir indicaciones y enseñanzas que no deben despreciarse, y al leer el presente trabajo se verá que en los casos cuya simplicidad es manifiesta, hay siempre algo que se puede utilizar para establecer comparaciones ó deducir conclusiones en sus resultados próximos ó remotos.

Hemos tratado de simplificar, abandonando todo detalle inútil y toda indicación que no se encuentre justificada; no nos hemos subordinado *in totum* á las prescripciones de los autores en la técnica ó indicaciones terapéuticas, porque pensamos que muchas de ellas son puramente teóricas ó sistemáticas, sirviendo sólo para complicar sin objeto ó resultado útil el mecanismo operatorio.

Hay mucho de personal en las ideas y consideraciones que emitimos, pero todo ello está regulado por un criterio basado en la apreciación reposada de los hechos, sin seguir ciegamente procedimientos uniformes.

Sin enrolarnos en ninguna escuela, sin ser intervencionistas *à outrance* ni conservadores exagerados, nos hemos alistado más bien entre los segundos, sosteniendo, no pocas veces verdaderas luchas con las mismas enfermas, que estimuladas por el éxito de las demás operadas, pedían con insistencia procedimientos radi-

cales para afecciones recientes, ó puramente catarrales ó congestivas.

Hemos agotado las indicaciones médicas, los tratamientos indirectos antes de efectuar cualquier mutilación, para de esta manera justificar ante nuestra conciencia toda operación. Los resultados han sido satisfactorios, la estadística que presentamos es, lo diremos sin modestia, brillante en resultados inmediatos, y si esto constituye una satisfacción personal, la creemos completamente secundaria, en atención á las verdades generales sancionadas una vez más, por una práctica que si no es tan extensa como para imponer sus conclusiones, está por lo menos fuera de las objeciones imputables al empirismo afortunado, ó á la sumisión incondicional de tantos pretendidos axiomas ginecológicos, ó preceptos dogmáticos, con que nos brindan diariamente las revistas europeas, amparadas por autoridades cuya fecundidad no pocas veces fastidiosa, —digámoslo guardando los respetos debidos— revela que no es sólo el ideal científico el móvil que los determina.

Nuestra estadística ha podido ser numéricamente superior, si la intervención no hubiera respondido en todos los casos á una regla invariable de conducta, cual es la de no sacrificar la parte clínica al brillo operatorio, sin duda de más efecto, pero seguramente más eficaz para originar ulterioridades desagradables y críticas justísimas, tratándose de un rol tan delicado, cual es el de ser árbitro de la vida y de la integridad anatómica y funcional de las pacientes.

En una palabra, no hemos hecho en nuestras enfer-

mas *medicina operatoria* sino clínica terapéutica, subordinando siempre al interés de aquellas, el rol más brillante de operador sistemático.

Las historias clínicas, prolijamente llevadas, por el jefe del servicio de mujeres Dr. Enrique A. Zárate, cuya laboriosidad é inteligente dedicación me hago un deber en manifestar y agradecer debidamente, permiten la comparación y el análisis entre afecciones comunes, que se manifiestan por una sintomalogía sensiblemente uniforme.

En las afecciones de los órganos pelvianos, y especialmente en las lesiones de las trompas y ovarios, resalta desde luego una semejanza de síntomas tanto más curiosa, cuanto que estas analogías de fenómenos, no determinan ni precisan lesiones anatómicas determinadas; una observación perseverante y una interpretación rigurosamente científica podrán más tarde deslindarlas, pero al presente el cuadro ó sindrome uterino, que tan pronto se manifiesta en una lesión catarral de las trompas como en una lesión parenquimatosa, en una simple congestión ovárica como en una degeneración escleroquística, permanecerá en estado de incógnita en muchas de sus variadas modalidades.

La exploración bimanual, precioso medio de diagnóstico irreemplazable en las lesiones anexiales, nos ha dado casi siempre la clave y la especificación de la alteración anatómica, pero este medio de diagnóstico sujeto como todos á errores y dificultades, muchas veces por las mismas manifestaciones de la enfermedad, que ya borrando los espacios uterinos, ya imposibilitando la

palpación por el meteorismo que las acompaña, no ha bastado para determinar la clase é intensidad de la lesión; de aquí que cuando estos medios han sido insuficientes hayamos tenido que recurrir á la intervención, guiados principalmente por la intensidad de los síntomas y estado general de la enferma.

Las afecciones de las trompas y ovarios son las que han suministrado el principal material operatorio, y causa sorpresa ver que lesiones tan insignificantes macroscópicamente consideradas, ocasionen tal cúmulo de padecimientos, que la vida de las enfermas degenera en un suplicio no interrumpido.

Es de lamentar, como interés científico, que no hayamos podido acompañar cada caso con el resultado del análisis histológico para haber podido establecer clasificación, pues es sabido que el aspecto macroscópico no corresponde por regla general á una modificación histológica paralela, y á una forma particular de infección. Esta deficiencia se explica por la insuficiencia de los medios de investigación, pues el único laboratorio disponible, que es el de la Asistencia Pública, se encuentra siempre abrumado por el exceso de trabajo.

Además, las investigaciones bacteriológicas en las lesiones de las trompas y ovarios, necesitan medios de investigación especial, pues los gonococos y estreptococos, factores primordiales de la infección, se encuentran siempre bajo unaforma atenuada y sólo en culturas é inoculaciones de conejos ó chanchos de la India, se puede obtener la virulencia primitiva. De cualquier

manera y á pesar de sus deficiencias, abrigamos la esperanza que este pequeño trabajo será útil en alguna medida, para los que se dedican á esta especialidad, confiando que en el año próximo podremos presentar observaciones más detenidas y mayor variedad en los casos clínicos.

Nos satisface por ahora el pensar que iniciamos una innovación que puede llegar á ser fecunda en resultados, cual es la de publicar lo que creemos más interesante de nuestra práctica especial. Si los distinguidos colegas que cultivan con éxito conocido especialidad tan interesante, amplían la ruta esbozada con el modesto capital de que disponemos, habremos concluído con nuestra genial indolencia en beneficio de la mitad humana más digna de ayuda por su misma debilidad, y ese resultado será la mejor compensación á nuestro esfuerzo, satisfaciendo ampliamente nuestras aspiraciones.

TÉCNICA OPERATORIA

Las tendencias modernas en la cirugía ginecológica están representadas por la simplicidad en los procedimientos y la sencillez de su técnica; obedeciendo á estas ideas que hemos llevado á la práctica, vamos á detallar el manual operatorio seguido, conjuntamente con las precauciones previas y cuidados consecutivos para todos los casos que han requerido una operación seria, como es la cœliotomía.

Se verá que no nos hemos sujetado fielmente á las reglas precisas que aconsejan los autores, teniendo para cada caso un criterio en armonía con la naturaleza de la enfermedad, ó con las condiciones especiales de la enferma.

Hecha esta salvedad pasemos á ocuparnos de la preparación de una enferma que ha de ser operada y de los preliminares del acto operatorio. Se reduce á lo siguiente: baños higiénicos templados de cuerpo entero y á *gran jabón*, uno por día, en la semana que precede á la intervención; la víspera se prescribe un purgante salino para la limpieza intestinal y por la noche *toilette* del campo operatorio, de esta manera: lavaje á cepillo y jabón de la pared abdominal, fricciones con un pedazo de algodón empapado en alcohol para la eliminación

de los cuerpos grasos, lavaje á cepillo con una solución de bicloruro de hidrargirio al 1 por 1000, compresas húmedas empapadas en la misma solución y colocadas de manera que recubran todo el abdomen; una capa de algodón sobre estas últimas y una venda de franela para sujetarlo todo y mantenerlo en su debido sitio.

A la mañana siguiente la enferma permanece en ayunas y en el momento de la operación colocada ya en la mesa, se levanta el apósito se lava nuevamente con una solución concentrada de bicloruro de mercurio, y se colocan alrededor del punto donde se ha de intervenir compresas cuadradas esterilizadas previamente en la estufa, para de esta manera tener el campo operatorio perfectamente aséptico.

Toda laparotomía ya se trate de tumores ó lesiones de los anexos, necesita cuatro personas: el operador y su ayudante colocado uno á la derecha y otro á la izquierda del paciente, uno más para encargarse de la anestesia y otro para los instrumentos, agujas, seda etc.; además una enfermera por lo menos encargada de sondar á la enferma, cambiar las soluciones, preparar el termocauterio, etc. Tanto el operador como los ayudantes se desinfectarán prolijamente, lavándose con todo esmero brazos y manos con agua caliente, jabón y cepillo, alcohol y solución oficinal de bicloruro de hidrargirio.

Para la narcosis utilizamos el éter químicamente puro de acuerdo con las ideas emitidas por la escuela Lyonesa y la estadística de Gurlt; este anestésico tiene la ventaja de proporcionar un sueño tranquilo, sin ir acompañado de vómitos á veces tan

perjudiciales y siempre molestos para la enferma; el inconveniente que presenta es la gran cantidad de secreciones bronquiales que produce, haciendo difícil la respiración y poniendo en serios apuros al encargado de administrarlo, máxime si es poco versado en este género de anestesia. La cantidad de éter que absorbe cada enferma por término medio varía entre 250 á 300 gramos y el método seguido para administrarlo es el de Berghman.

Los instrumentos que se utilizan y que son esterilizados en la estufa seca, son: bisturíes, pinzas de disección, tijeras, sonda acanalada, sonda vesical, pinzas Pean, Richellot, Bottini, etc., aguja de Deschamps, porta-agujas, etc.

Para cohibir la sangre se utilizan esponjas de algodón recubierto de gasa que han permanecido sumergidas en solución concentrada de bicloruro de mercurio, y compresas secas de gasa, de veinte centímetros por quince, esterilizadas en la estufa de vapor húmedo; las primeras para la herida de las paredes del abdomen, las segundas para la cavidad peritoneal.

El procedimiento operatorio es el siguiente: si la intervención es por afección de los anexos, raspado previo en la misma sesión, practicado por un ayudante que en manera alguna será el que ayude al operador en la cavidad abdominal; acto continuo y á dos traveses de dedo por encima del pubis en la línea media, se comienza una incisión de 6 á 10 centímetros, seccionando la piel y tejido grasoso hasta llegar á la oponeurosis; como esta incisión debe seguir en la línea media aponeurótica para facilitar la pronta abertura

de las paredes abdominales con poca pérdida de sangre, y evitar demoras buscando el punto de intersección de esta línea, se abrevia este tiempo de la operación tomando la aponeurosis con una pinza de disección en un punto cualquiera, incindiéndola perpendicularmente, y una vez hecho esto es muy fácil caer en la línea media que se secciona á tijera. Viene en seguida el tejido preperitoneal que se toma con una pinza y se levanta para seccionar por debajo el peritoneo parietal. Una vez abierto y antes de ensanchar la incisión, la enfermera se encarga de levantar la extremidad vesical de la sonda hasta donde sea posible, para que el operador conozca el límite donde llega la vejiga evitando el herirla al incindir el peritoneo; hecho esto se adosa este á las paredes de la herida abdominal por puntos separados para impedir su movilidad que dificultaría las maniobras consecutivas.

Hasta aquí se usan líquidos antisépticos para las manos y esponjas, pero una vez que el peritoneo ha sido abierto predomina en absoluto la asepsia, empleándose sólo agua esterilizada.

Terminada la operación se suturan las paredes abdominales en tres planos, (Pozzi); el primero comprende el peritoneo á sutura continua; el segundo es músculo aponeurótico, también continuo, siendo el tercero el de la piel y tejido célulo grasoso á puntos separados.

Para los muñones intraperitoneales usamos la seda gruesa plana, suturando en cadena si el muñón es ancho, y nudo de Lawson Tait si es pequeño.

Como material de sutura utilizamos siempre la seda que ha sido preparada hirviéndola durante una hora

en una solución de ácido fénico al 5 °/o y conservada después en solución de sublimado al 2 °/oo en alcohol absoluto, renovando la solución de tiempo en tiempo, para obviar al inconveniente que derive del poder reductor de la seda sobre el bicloruro de mercurio.

Terminada la sutura se polvorea la herida con iodoformo, y se coloca encima una curación común mantenida por un vendaje de cuerpo. La enferma es conducida á su lecho, previamente calentado, aplicándole una ó dos bolsas de hielo en el abdomen; se prescribe dieta absoluta las ocho primeras horas, y si hay desarrollo de gases se coloca una sonda gruesa de cauchut en el recto, para su eliminación.

A los ocho días invariablemente se sacan los puntos de sutura, encontrándose la herida perfectamente cicatrizada.

Si no hay intercurrencias, la enferma se levanta á los quince días para estar sentada tres ó cuatro horas, alargando sucesivamente los períodos, conjuntamente con el ejercicio metódico y gradual. Es común expedirles el alta dentro de los veintidós días, y lo es más todavía que las enfermas se anticipen, queriendo abandonar el hospital antes de ese término, lo que no es de extrañar, desde que la ausencia de supuración es la regla en nuestro servicio, encontrándose por tanto la herida cicatrizada, desde el cuarto día subsiguiente á la operación.

Gastro Histeropexia por retroflexión adherente

Nº I

María B., 34 años, viuda, suiza, mucama, ingresó al Hospital el 12 de Noviembre de 1894. No hay antecedentes hereditarios de importancia.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sana. — Regló á los 14 años y se casó á los 15. Su primer parto fué difícil, siendo necesario extraer el niño por una aplicación de forceps que no tuvo accidentes ulteriores; los demás partos, en número de seis, fueron normales, exceptuando el último que data de dos años y que exigió el empleo del forceps. Durante el puerperio tuvo fiebre, teniendo que guardar cama más del tiempo acostumbrado. Desde esta época hace partir sus padecimientos que consisten en dolores del hipogastrio y caderas, flujo, constipación, disuria, etc. Las reglas se presentan con abundancia, tomando carácter dismenorreico; hay tenesmo rectal y dolores lumbo-sacros.

Examen. — Mujer de constitución fuerte; vulva de multípara, desgarradura del periné, (1er grado), carúnculas mirtiformes hipertrofiadas, vagina amplia, cuello: tamaño y consistencia normales, fondos de saco depre-

sibles, excepto el posterior que se encuentra ocupado por un tumor globuloso, bastante fijo y doloroso á la presión; por la exploración bimanual se comprueba que es el útero en retroflexión. Los anexos no se aprecian. Al speculum se observa el cuello con una ligera erosión y el orificio cervical da salida á un flujo muco-purulento. La histerometría corrobora el examen bimanual, útero en retroflexión algo adherente; dimensión 8 centímetros.

Diagnóstico.—Endometritis y metritis postpartum (sub-involución uterina). Retroflexión.

Tratamiento.—Curaciones antisépticas, tapones modificadores de icthyol y glicerina, en el fondo de saco posterior. A los veinte días de instituído este tratamiento, y en vista de continuar en el mismo estado, se resuelve intervenir con laminarias para provocar la reposición uterina por medio del raspado. Durante el sueño clorofórmico se consigue reponer el útero, pero tornando siempre á su posición primitiva, una vez que el repositor ó dilatadores dejan de obrar; se practica el raspado.

A los pocos días de haberse levantado la enferma, se ve en la necesidad de ponerse en cama por los agudos y violentos dolores que le atacan en la región hipogástrica, se le prescribe reposo, compresas calientes, píldoras de opio é inyección de morfina. Este proceso agudo dura tres días. Examinada nuevamente se nota el útero en la posición primitiva, estando ahora más doloroso y menos movible. Se le prescribe reposo, inyecciones calientes, decidiéndose intervenir por la laparotomía, para desprender las adherencias y fijar el útero á la pared

abdominal, una vez que los fenómenos agudos se hubiesen extinguido.

Operación, 3 de Enero.—Precauciones operatorias y desinfección rigurosa de práctica. —Incisión en la línea media de 6 centímetros á dos traveses de dedo por encima del pubis; útero caído en la excavación sacra con adherencias peri-uterinas algunas recientes y otras de antigua formación, desprendimiento de éstas con poca sangre, anexos libres, trompa izquierda color rojo vinoso algo engrosada, pabellones libres, ovarios: tamaño natural, el izquierdo con placas de peri-ovaritis. Colocado el útero en posición libre de adherencias se tomó con una pinza de Musseux, del fondo del útero para traerlo al contacto de la herida abdominal. Colocación de dos suturas perdidas sero-aponeuróticas y uterinas sin comprender los tegumentos (procedimiento de Czerny) y sutura en tres planos de la pared abdominal. No hay accidentes operatorios, ni complicaciones de ninguna clase. A los veinte días sale de alta curada.

No ha vuelto al Consultorio externo, lo que hace suponer que hasta la fecha se encuentra bien.

Ooforo Salpingectomía por salpingo-ovaritis crónica

Nº II

Carmen M., 30 años, argentina, cocinera, entró al Hospital el 20 de Diciembre de 1894.

Antecedentes hereditarios é individuales sin importancia. Ha tenido tres hijos, sus partos han sido difíciles, necesitando la aplicación del forceps. Hace cuatro años tuvo un aborto de cuatro meses y desde entonces comenzó á sentirse enferma de la matriz, dolor de caderas, muslos, sensación de irritación ó ardor al bajo vientre, flujo, etc. Ha padecido de cólicos hepáticos que se presentaban cada dos ó tres meses; de este padecimiento fué operada en el Hospital Rawson y dice se le extranjeron 190 piedritas. Ingresó por primera vez á este Hospital en Enero de 1893; los síntomas que entonces acusaba eran: accesos de pelvi-peritonitis que la postraban en cama por varios días, cada mes ó mes y medio; dolor lento y continuo en la fosa ilíaca izquierda con irradiación lumbar y á la pierna de ese mismo lado, flujo blanco, espeso, abundante y tenesmo vesical.

La exploración manual no ilustraba nada con respecto á los anexos por ser imposible efectuarla tanto por

la tensión de las paredes abdominales, cuanto por estar los fondos de saco borrados y llenos de bridas rígidas dolorosas, restos de antiguas perimetritis; el útero se apreciaba, algo abultado, doloroso y poco móvil. Como medida curativa se le practicó un raspado sin anestesia clorofórmica, soportándolo bien. A los quince días después, dice la historia primitiva, comenzó á hacérsele masaje para movilizar el útero y corregir las adherencias. Este masaje que se hacía día por medio, duró por espacio de veinte días, especializándose é insistiendo en el fondo de saco posterior donde eran más notables las adherencias; después de cada masaje se le colocaba un tapón de glicerina boratada, además se le hacían profusas irrigaciones calientes. Este tratamiento modificó notablemente el estado general de la enferma, puso en condiciones accesibles al cuello y disminuyó los dolores de tal manera que la enferma muy mejorada salió de alta en Marzo del mismo año.

En Octubre del 94 ingresó nuevamente á nuestro servicio con exacerbación de los fenómenos primitivos y grandes crisis neurálgicas en la región ovariana derecha. La exploración bimanual no precisaba la intensidad de la lesión, por imposibilitarlo los fondos de saco completamente borrados y dolorosos; pero en vista de corresponder los síntomas á una afección de los anexos se resolvió la intervención por la vía abdominal.

Operación el 14 de Enero.— Laparotomía.— Útero en retroflexión con adherencias resistentes, rígidas pero poco vascularizadas, se desprenden con bastante trabajo hasta colocar el útero en posición; los anexos del lado

derecho se encuentran como estrangulados y atrofiados por las adherencias que los sujetan, la trompa flexuosa y su pabellón adosado á la pared posterior del útero; el ovario pequeño, duro, cartilaginoso, perdido entre exudados peritoneales; se desprenden ambos órganos, se aíslan y extraen. Los anexos izquierdos con pocas adherencias, pabellón libre y ovario con degeneración escleroquística; púnzanse con el bisturí los pequeños quistes, y se dejan por considerar que la lesión no es total, existiendo restos de ovario sano. Tiempo de la operación 65 minutos.

A los dieciséis días sale de alta, sin acusar molestia alguna.

Ooforosalpingitis doble

Nº III

Antonia G., 33 años, casada, francesa, entró al Hospital el 12 de Febrero de 1895.

No hay antecedentes hereditarios de importancia. Regló á los 12 años y contrajo matrimonio á los 17. Ha tenido un hijo y un aborto; hace siete años de este último y desde entonces se siente enferma.

Actualmente se queja de timpanismo abdominal, violentos y continuos dolores en la fosa ilíaca derecha, que se exaperan con la marcha; en el lado izquierdo, éstos no son tan intensos, pero se propagan hacia las caderas impidiéndole agacharse.

Padece de dolores de cabeza frecuentes, y acusa una sensación de flojedad en las piernas, que dice sentir adormecidas.

La menstruación bastante abundante y con cólicos uterinos. Tiene abundante flujo muco-purulento.

Por estos últimos síntomas, ingresó hace seis meses al Hospital Rivadavia, donde se le practicó un raspado y amputación del cuello, saliendo de dicho hospital á los doce días de operada.

Su mejoría duró muy poco tiempo, pues le aumentaron los padecimientos primitivos y le aparecieron con mayor intensidad las neuralgias ováricas.

Examen. — Ligera rasgadura del periné, vagina de paredes hipertrofiadas, fondos de sacos poco extensibles; nótase una brida cicatricial en el lado izquierdo, seguramente originada por algún punto de sutura que interesó el fondo de saco peritoneal en la amputación cervical. Cuello rugoso pero chico, útero con posición sensible, movimientos limitados. — Anexos izquierdos difícilmente apreciables; nótase un tumor ó empastamiento globuloso, como si fuesen la trompa y el ovario envueltos por exudados. En el lado derecho la exploración es más difícil, no sólo por la sensibilidad de la región sino también por el espesor y tensión de las paredes abdominales, pero se alcanza á tocar un tumorcito redondeado doloroso y que huye al tacto.

Diagnóstico. — Endometritis crónica. — Salpingo-ovaritis.

Tratamiento. — Laparotomía. — Posición normal del útero, movimientos limitados á consecuencia de las adherencias con los anexos izquierdos que se encuentran apelotonados en el cuerno uterino; la trompa cabalga por encima del ovario, éste está grande, del tamaño de un huevo de polla alargado, de consistencia blanda, rugosa, coloración nacarada uniforme y bridas peritoneales que lo sujetan al ligamento ancho. Se extrae. Seccionando el ovario después de su extracción, se descubre un quiste purulento en su interior. Los anexos del lado derecho se encuentran más libres; la trompa está flexuosa con su pabellón obstruído y sin rastros de franjas, el ovario casi del mismo aspecto del izquierdo, aun cuando no tan aumentado; se extrae también, y al

corte deja una multitud de granulaciones como granos de mijo, duras y sin contenido líquido. Los caracteres macroscópicos de las piezas que aun después de permanecer tanto tiempo en el alcohol se conservan grandes, son las que corresponden á una salpingo-ovaritis á estreptococos con ovaritis parenquimatosa.

Se sacan los hilos á los ocho días; cicatrización por primera intención. La enferma se levanta á los doce días y sale de alta el 2 de Mayo, aconsejándosele regrese dentro de un mes para efectuarle un raspado que complete su tratamiento. Ingresa el 15 de Mayo, se le hace el curetaje del útero y sale de alta curada el 30 del mismo mes.

Á los ocho meses vuelve al Consultorio con un principio de hernia umbilical, que no tiene nada que ver con la herida operatoria; se le prescribe una cintura abdominal.

La enferma se encuentra en perfecto estado de nutrición y no tiene ninguna novedad del lado del aparato genital.

Perimetritis Salpingo-ovaritis derecha

Nº IV

L. C., 28 años, casada, argentina, con buenos antecedentes hereditarios. Ha sido siempre sana, viviendo rodeada del confort propio de las personas pudientes; temperamento linfático nervioso.

Regló á los 16 años y siempre tuvo leucorrea. Hace un año que contrajo matrimonio y al poco tiempo comenzó á sentirse enferma, con fuertes dolores pelvianos y menstruación dolorosa; no siguió las prescripciones médicas y al poco tiempo su padecimiento se reagravó; guardó cama, tuvo fiebre, vómitos, etc. (perimetro-salpingitis). Se le somete al reposo hasta desaparecer la faz aguda de la enfermedad y una vez mejorada, se le examina detenidamente y se diagnostica salpingo-ovaritis derecha con látero flexión del útero hacia el mismo lado.

En atención á los padecimientos que acusaba se le propuso la intervención radical, haciéndole comprender la probabilidad que había de que la lesión se propagara al otro lado si no se extraían los anexos enfermos.

Aceptada la operación, se intervino. El útero estaba adherido, fijo por su lado derecho, formando cuerpo con

los anexos de ese lado. Se desprenden las adherencias, se pone el útero en posición arrastrando consigo las trompas y ovarios. Libértaseles á costa de un trabajo laborioso y que requiere paciencia y cuidado. Se les extirpa. Del lado izquierdo hay ligeras bridas que se rompen con facilidad; la trompa y ovarios están bien.

Duración de la operación: una hora.

Consecuencias operatorias buenas, no hay reacción febril.

Incomodada por los dolores inherentes á estas intervenciones crueles, y en vista de haber un poco de timpanismo abdominal, se le administra un enema al tercer día y se le coloca después un tubo de goma para el escape de gases. Desaparecen los dolores y marcha sin novedad. A los catorce días se levanta y es dada de alta á los veintidós. Ha sido vista varias veces después y sigue muy bien.

Embarazo tubario

Nº V

Adela L., 30 años, casada, argentina.

No hay antecedentes hereditarios ni individuales. Regló á los 14 años y se casó á los 18. Ha tenido dos hijos y dos abortos. Hace próximamente dos años se notó nuevamente embarazada, sin que esto le llamara la atención, pero como á los seis meses de su embarazo se sintió de pronto en trabajo, por cuyo motivo llamó una partera; pero, como el parto no se producía y los dolores no cesaban, llamó un médico, quien después de examinarla le manifestó que era un falso parto que no había seguido su curso y se había detenido.

Pocos días después los dolores disminuyeron empezando á perder un líquido oscuro y sanguinolento. Su médico le indicó se viniera á Buenos Aires. Fué examinada por el Dr. Molina que diagnosticó embarazo ectópico; la enferma no se decidió á la operación. A los cinco ó seis meses y después de haber visto varios médicos en procura de curación y tratando de evitar una intervención operatoria, me consultó en mi estudio. Examinada detenidamente, se confirmó el embarazo extrauterino; propuesta la operación como el único medio curativo, es aceptada por la enferma.

Examen. — Mujer de buena constitución. Tumor abdominal correspondiendo á un embarazo de 6 á 7 meses, llega hasta cerca del ombligo, es poco móvil. A la auscultación, no se sienten, ni soplo placentario, ni latidos fetales. La exploración por el tacto vaginal descubre el útero en ante-látero-versión izquierda, y se ve que forma cuerpo con el tumor; el cuello está de consistencia dura y el orificio algo dilatado. Al speculum se comprueba con el histerómetro la posición del útero cuyas dimensiones son cerca de 9 centímetros.

Diagnóstico. — Embarazo tubario (feto muerto).

Operación el 6 de Enero. — Laparotomía, incisión de 12 centímetros á dos traveses de dedo por encima del pubis; abierto el abdomen aparece un tumor de paredes tensas muy vasculares, cuyo tamaño correspondería á un útero en gestación de 6 meses. La consistencia del tumor es líquida. Trato de explorar, insinuando la mano y buscando de contornearlo para darme cuenta de la posición y relación con los demás órganos. Descúbrese en el costado izquierdo y comprimido contra las paredes de la pelvis, el útero sólidamente fijo y aplastado; con los demás órganos hay bastantes adherencias, pero las de mayor importancia son las que se han establecido con el intestino.

En vista de no ser posible eventrar el tumor por tener necesidad de prolongar mucho el tiempo de la operación con resultados tal vez negativos, se opta por la punción para la evacuación del líquido, incindiendo en seguida para extraer el feto y marsupializar lo que se pueda de la bolsa. La punción deja salir cerca de un

litro de líquido espeso de coloración oscura pero inodora; rodéase con compresas el tumor para evitar que el líquido se derrame en el peritoneo, y sacado el trócar, se ensancha con tijera la abertura.

Introduzco la mano, y tomándolo por los pies, extraigo un feto de 6 meses, perfectamente conservado. Acompaña al feto un resto de placenta y el cordón; trato de extraerle la parte que ha quedado, consiguiendo hacerlo totalmente. La circulación placentaria parece haber desaparecido hace bastante tiempo, pues en vez de la placenta, salen pedazos de fibrina duros y resistentes. Una vez que el contenido del quiste se ha extraído y se ha hecho la *toilette* interna con gasa esterilizada, se comienza el trabajo de marsupializar, tratando de no lesionar los intestinos en el desprendimiento de tan sólidas adherencias, dejando más bien pedazos de pared adheridas á ellos; la extirpación de la bolsa se continúa hasta extraer una gran parte; el resto no es posible extirparla por estar bastante espesada y muy vasculares las paredes.

En vista que el saco que quedaba era bastante chico y teniendo en cuenta que adosándolos por sus bordes se soldarían dada la vascularización existente, se opta por dejar el muñón perdido en la cavidad abdominal, para lo cual, se hizo previamente una limpieza escrupulosa del fondo del saco uniéndose los bordes con seda, á sutura continua.

El útero con su muñón del tamaño de un puño se abandonó en la cavidad abdominal, cerrándose las paredes con sus tres planos de sutura.

La enferma no tuvo accidente ni complicaciones de ninguna naturaleza, los hilos se extrajeron á los 8 días y se levantó á los 20.

Un año después la hemos examinado, y nos manifestaba que siempre se ha encontrado bien, observándose á la exploración bimanual que el útero está en posición y ocupado el lado derecho é íntimamente unido á él un tumor globuloso del tamaño de una naranja, que es el muñón, retraído y organizado. El feto no presentaba nada de anormal.

Metro Salpingo-ovaritis

Nº VI

Joaquina G., 20 años, soltera, argentina, mucama, entró al Hospital el 24 de Diciembre de 1894. No existen antecedentes hereditarios. Ha tenido fiebre tifoidea y pulmonía. Regló á los 17 años. A los dieciocho tuvo un hijo. Su enfermedad data de mucho antes de hacerse embarazada. Padecía continuamente de flujos blancos, menorragias, dolor en las caderas, etc.; las reglas se le presentaban dos veces por mes acompañadas de fuertes dolores; estos padecimientos se reagravaron después del parto, obligándola á recurrir á los consultorios gratuitos sin encontrar alivio. Al ingresar al Hospital presentaba el siguiente cuadro sintomático: dolor continuado y persistente en ambas fosas ilíacas con irradiación en ambas piernas: este dolor es exasperado por los movimientos bruscos, por la marcha y el coito, y se presenta con recrudecencia súbita en cada época menstrual, fiebre, timpanismo y vómitos que la obligan á guardar cama por varios días. Sensación de peso al bajo vientre. El lado izquierdo fué el primero afectado para propagarse á los tres meses al lado derecho. La menstruación desde esa fecha ha tomado un tipo variable, tanto en su

duración, como en su cantidad y carácter; suele aparecer cada quince días, como quedar suspendida por dos meses; dura, á veces, ocho y diez días para presentarse después, con una duración de uno ó dos días. Padece de continuas jaquecas y gran postración nerviosa cuando entra al servicio.

Examen. — Órganos genitales externos bien; vagina poco amplia, hocico de tenca, consistencia y tamaño natural, útero movible, pero doloroso; en la región de los anexos, se notan unos cordones de tamaño y dimensión de un grueso dedo pulgar, con un pedículo adherente á los cuernos del útero. Es difícil precisar con seguridad si son las trompas, pero nos inclinamos á creerlo, pensando que el ovario se encuentra englobado en las adherencias.

Estos gruesos cordones son sumamente dolorosos á la más débil presión. Al speculum se ve el cuello de color violáceo, dejando escapar, una abundante secreción muco-purulenta. La histerometría da 7 $^1/_2$ centímetros y el útero en posición.

Diagnóstico. — Endometritis con metro-salpingo-ovaritis.

Durante un mes se le hace tratamiento antiflojístico, escarificaciones, duchas vaginales calientes, reposo; al cabo de este tiempo se le practica un raspado modificador, seguido de inyección intra-uterina de tintura de iodo. La endometritis se modifica casi por completo; la enferma continúa en el Hospital presentando más ó menos el mismo cuadro sintomático. Al mes justo de habérsele practicado el raspado, se le examina nuevamente

y en vista de no haberse modificado la lesión tubo-ovárica y de exigir la paciente una operación radical se le practica la laparotomía el 28 de Febrero. Incisión de 6 centímetros en la línea media; útero en posición, pero rodeado de bridas peri-uterinas, trompas algo engrosadas, color rojo oscuro; cuerpo y pabellón íntimamente soldado al ovario; éstos se encuentran grandes, alargados y gruesos, afectados de degeneración esclero-quística y muy espesados. A esta causa hay que atribuir que dieran á la exploración bimanual la sensación de gruesas trompas. Se trataba, pues, de una peri-ovaritis con ovaritis esclero-quística. Se practicó la doble ooforo-salpingectomía. Tiempo de la operación 40 minutos.

Consecuencias operatorias inmejorables, sin ningún accidente, salvo las inherentes á la eterización; la enferma se levantó á los doce días, exigiendo se le diera el alta al día siguiente por encontrarse bien.

A los dos meses volvió al Hospital con una cistitis aguda, uretritis y vaginitis blenorrágica. Se atiende en el Consultorio y una vez mejorada, desapareció. Dos meses después vuelve y manifiesta encontrarse bien.

A los once meses de ser operada esta enferma, la hemos vuelto á ver; ha estado en el campo y allí se enfermó de una tiflitis. Examinada nuevamente, no se nota nada de anormal, matriz chica, movible; el dolor en la fosa ilíaca ha desaparecido; de vez en cuando suele sentir ligeras puntadas en el bajo vientre que atribuimos al proceso de irritación por parte de las suturas no reabsorbidas. Se le prescriben duchas vaginales y baños de asiento.

Abceso del ligamento ancho

Nº VII

Angelina P., 30 años, casada, argentina. Entró al Hospital el 25 de Febrero de 1895. No hay antecedentes hereditarios. Regló á los 15 años; al principio, tipo fisiológico, después irregular en la duración, oscilando entre dos y ocho días; cantidad muy escasa unas veces como muy abundante otras. A los veinte años contrajo matrimonio, embarazándose al año. El parto fué difícil, el trabajo duró ocho días y concluyó por una intervención (extracción manual). Durante el puerperio tuvo mucha fiebre y lóquios fétidos; desaparecieron éstos dejando un flujo abundante y purulento. A los 28 días pudo dejar la cama. Desde esta fecha data su enfermedad, manifestando que continuamente ha vivido sufriendo y que siempre ha estado en tratamiento; últimamente su estado había empeorado, siendo aconsejada por el Dr. Nicolás Berutti para que ingresara á nuestro servicio por precisar una operación.

Estado actual. — Cuadro general de la enferma muy malo, se encuentra extenuada y anémica; ha tenido escalofríos, faz peritoneal angustiosa, propia de las enfermas realmente atormentadas por continuos é intensos

dolores; fiebre alta. La enferma no se mueve de la cama porque al más leve movimiento aumenta sus sufrimientos. Se le prescribe reposo, inyecciones calientes profusas, hielo al vientre y calmantes al interior. A los pocos días se atenúan sus dolores, permitiendo entonces hacer un examen detenido.

Examen. — Periné desgarrado, vagina amplia, irritada por el flujo muco-purulento que fluye de la matriz, cuello duro y rechazado al lado izquierdo, útero fijo, al parecer aumentado de volumen — fondo de saco anterior borrado y doloroso; posterior muy sensible y ocupado en parte por un tumor ó masa pastosa y algo resistente; lateral izquierdo sumamente doloroso, se aprecia un tumor grande del tamaño de un puño que rechaza el útero hacia la derecha, pero que forma cuerpo y está íntimamente adherido á él. Es difícil deslindar el útero del tumor; lateral derecho depresible, pero alojando el cuerpo del útero. Los anexos no se aprecian.

Los fuertes dolores que acusa la enferma impiden precisar más la naturaleza y carácter del tumor. La enferma continua con fiebre alta, se diagnostica piosalpinx y se interviene previa anestesia por el éter.

Abierto el abdomen aparece un tumor liso y grande, que semeja el cuerpo del útero y que nos hace dudar dada su consistencia. Explórase con cautela y después de un prolijo examen se alcanza á descubrir el cuerpo del útero aplastado y como incluído en el tumor, confirmando la primera suposición. El tumor ocupa todo el cuerpo del ligamento ancho izquierdo, y los anexos de ese mismo lado han desaparecido entre las espesas pa-

redes del tumor cuya consistencia es de un tumor sólido. Trátase de ver si es posible deslindarlo, desprendiendo las adherencias que lo fijan á las paredes de la pelvis, pero en vista de la absoluta imposibilidad y en el temor que una maniobra lo haga estallar, se resuelve suturar el abdomen para intervenir después por la vía vaginal.

El diagnóstico se modifica con la laparotomía, pues se trata de un abceso del ligamento ancho.

El primero y segundo día, la enferma lo pasa relativamente bien; á los cuatro días se reagrava, hay vómitos, meteorismo, el termómetro marca cuarenta grados, hay continuos escalofríos, la enferma está cubierta de un sudor frío y se queja de fuerte dolor. Se interviene rápidamente.

Anestesiada la enferma y perfectamente desinfectada la vagina, se punciona, por el fondo de saco lateral izquierdo con un trócar grueso y en el punto que el tumor hace mayor prominencia; se extraen como quinientos gramos de un pus espeso y sumamente fétido, se lava varias veces hasta que sale el agua clara, empleándose como 12 litros de agua al 0.20 por °/₀₀ de bicloruro; se saca el trócar y ensanchando á bisturí y á dedo el conducto creado se coloca un tubo de drenaje en cruz.

Día 16.—Temperatura á las 8, 39 6, pulso 120, respiración 24, vómitos.

Día 17.—Mañana, 39°, pulso 100. Gran lavaje con solución al 0:50 °/₀₀ de bicloruro de mercurio, se saca el tubo y se le reemplaza por gasa iodoformada. Noche, 38°2, pulso 90, respiración 22.

Día 18. Mañana. 38 . pulso 80. Otro gran lavaje. Noche, 37°8, pulso 80, respiración normal.

Día 19.-- Mañana. 37 8. pulso y respiración normal. Lavaje antiséptico. Noche, 37°8.

Día 20. - La temperatura bajó á la normal y continúa así. El orificio de fondo de saco vaginal da una serosidad poco abundante. Se le hace taponamiento intra-vaginal con gasa iodoformada.

A los 19 días de la operación la enferma está completamente curada. Permanece en el Hospital por un mes más para tratarse de un catarro crónico al estómago. Sale de alta el 16 de Abril.

Ha sido vista á los pocos meses después encontrándose en inmejorables condiciones y completamente curada.

Pelvi-peritonitis. Retroflexión adherente

Nº VIII

Rosa T. de G., 21 años, casada, argentina, entró al Hospital el 19 de Mayo de 1895. No hay antecedentes hereditarios ni patológicos. Regló á los 13 años y se casó á los 19. A los 10 meses de casada tuvo un aborto de 3 meses y á los 2 meses después se embarazó nuevamente, efectuándose el parto con felicidad, pero guardando cama por espacio de 20 días con fiebre y dolores al hipogastrio. No mejorándose, ingresó al Hospital Rawson, donde tuvo un ataque de pelvi-peritonitis, aliviándose como á los 20 días. De este hospital salió para ingresar á la Sala XI de San Roque.

Durante su permanencia tuvo otro acceso de pelvi-peritonitis más acentuado al lado derecho, del cual mejoró á los 8 días.

En la actualidad presenta los siguientes síntomas: dismenorrea, tenesmo vesical, dolor en las fosas ilíacas más acentuado al lado derecho, dolor en la cintura hasta dificultar por completo los movimientos, imposibilidad para agacharse, dolor en las piernas y rodillas, constipación y dolor fuerte al defecar.

Examen. — Vulva y vagina normal, cuello uterino en dirección al eje de la vagina, útero doloroso, fijo, en

descenso. Se le prescribe reposo y se trata de hacer la reposición forzada del útero, no consiguiéndose nada. Se ensaya la dilatación por la laminaria y no es posible praticarla por impedirlo la flexión uterina.

Se interviene por la laparotomía. Incisión de 6 centímetros; abierto el abdomen y al introducir los dos dedos, se nota que el útero ha desaparecido y en su lugar hay ansas intestinales. Es menester descender profundamente en la escavación pelviana hasta llegar á la concavidad sacra, para encontrar el útero flexionado y caído hacia atrás con íntimas adherencias á los demás órganos. Los anexos se encuentran envueltos en bridas peritoneales poco afectadas; los ligamentos anchos, espesados, fijos á las paredes de la pelvis con induraciones en su espesor más pronunciadas en el lado derecho.

Diagnóstico anatómico.—Retroflexión adherente del útero, pelvi-peritonitis, para-metritis parcial en el espesor de los ligamentos anchos. Precisada así la lesión, se libra el útero de todas sus adherencias, tratando de darle una posición fija, por medio de la histeropexia, pero se hace de todo punto imposible, por no poder atraer el cuerpo del útero á la superficie de la herida.

Así, pues, desprendidas todas las adherencias, se coloca el útero en posición y se cierra el abdomen. No hay accidente digno de llamar la atención. La enferma se levantó á los 15 días. Tres meses después continuaba bien.

Quiste hidatídico del hígado

Operador, Dr. Zárate

Nº IX

María L., 21 años, soltera, francesa, ingresó al Hospital el 4 de Enero de 1895.

Antecedentes hereditarios. — No revelan nada.

» *personales.* — Regló á los 16 años en condiciones fisiológicas. A los 18 años tuvo viruela. Hace como un año que ha comenzado á sentir un ligero dolor en el hipocondrio izquierdo y á sentir que su apetito disminuía. En los primeros tiempos no le prestaba mayor atención, pero últimamente esta incomodidad aumentó, imposibilitándole el uso del corset é irradiándose el dolor al hombro izquierdo. Conjuntamente con estos síntomas, empezó á notar que al nivel del estómago aparecía una prominencia al principio indolora, pero más tarde sensible á la presión.

Hecho el examen, se comprobó al nivel del hipocondrio izquierdo un tumor globuloso, formando cuerpo con el lóbulo izquierdo del hígado, tenso, resistente y que daba á la percusión, la vibración hidatídica, patognomónica de las quistes de esta naturaleza. En el hipocondrio derecho no había nada que llamara la atención.

Diagnóstico. — Quiste hidatídico, antero-inferior del lóbulo izquierdo del hígado. La punción exploratriz da *agua de roca* con ganchos de equinococos.

Tratamiento. — Laparotomía — procedimiento de Lawson Tait.

Incisión oblicua de 7 centímetros á dos traveses de dedo por debajo del arco costal en la prolongación de la línea para-esternal.

Se elige este punto por ser el más prominente. Abertura del peritoneo, sutura de éste á las paredes del abdomen — protección del peritoneo y de la cavidad abdominal por medio de compresas de gasa esterilizada. Punción con el trócar de Spencer Wells, que deja salir un litro de agua cristalina, pero con una tenue coloración amarillenta. Prehensión con las pinzas de Nélaton de las paredes del quiste, para extraer y limpiar la cavidad, llena de vesículas. Marsupialización de la bolsa hasta dejar una pequeña cavidad; sutura de ésta á las paredes abdominales y rellenamiento con gasa esterilizada. Tiempo de la operación, 50 minutos.

Curaciones diarias. — La enferma se levantó á los 14 días y sale de alta á los 28.

A los 10 meses de operada ingresa nuevamente al Consultorio externo, con un nuevo quiste en el hipocondrio derecho. No queriendo ingresar al Hospital, se le propone la punción, que es aceptada, practicándosele el mismo día con el aspirador de Dieulafois, que da 700 gramos de líquido claro y transparente. Permanece seis horas en cama, retirándose después á su domicilio. No hemos tenido noticias posteriores de su estado.

Salpingo-ovaritis blenorrágica

Nº X

Paulina D., 19 años, soltera, francesa, ingresó al Hospital el 16 de Marzo de 1895. No tiene antecedentes hereditarios. Los individuales patológicos consisten en sífilis, encontrándose en el segundo período.

Regló á los 16 años, ha tenido un hijo y un aborto. Durante el último embarazo adquirió una vaginitis blenorrágica que no se curó, reagravándose después del parto y naciendo el niño con conjuntivitis purulenta. A los 8 días de salir de cuidado se levantó, comenzando á sentir poco después, dolor en el bajo-vientre y en las fosas ilíacas con irradiaciones lumbares que le impedían caminar derecha; tenía además flujos continuos, dolor violento á la defecación, meteorismo abdominal permanente y dismenorrea. La blenorragia se curó en su localización vaginal. Las reglas que recién á los seis meses del parto habían aparecido, adoptaron un carácter menorrágico, siempre acompañadas de fuertes dolores que la imposibilitaban para todo trabajo y aun para permanecer levantada; la última menstruación se prolongó por más de veinte días.

El examen que se efectuó al ingresar al Hospital, dió el siguiente resultado: vulva y vagina normales, cuello aumentado de volumen, congestionado, de consistencia blanda, dejando escapar por su orificio una secreción espesa y purulenta.

Los fondos de saco estaban depresibles; en el posterior se notaba el cuerpo del útero caído, con adherencias y sumamente doloroso á la menor presión ó cuando se trataba de movilizarlo. En el lado izquierdo del cuerpo del útero se apreciaba un tumor globuloso del tamaño de un huevo de paloma, adherido y doloroso, y á continuación de este, otro tumor alargado menos doloroso, pero cuyos caracteres era difícil especificar, por impedir hacer una palpación bimanual prolija, tanto el timpanismo abdominal, como lo doloroso de la región. En el fondo de saco derecho no se aprecian claramente los anexos, pero se encuentra esa región muy dolorosa y difícilmente explorable. El útero está aumentado de volumen, globuloso y sensible. Se encuentra en retroflexión adherente 1er grado. Histerometría, 8 centímetros.

La enferma tiene reacción febril todas las noches, oscilando la temperatura entre 38° y 38°.5.

Diagnóstico. — Metritis y endometritis, salpingo-ovaritis blenorrágica.

Laparotomía. — La intervención operatoria comprueba la posición del útero. En el lado izquierdo los anexos, trompa y ovario están envueltos en resistentes exudados; la trompa contiene líquido, está gruesa y espesada. El desprendimiento de estos órganos se con-

sigue después de paciente labor, se pediculizan y se extraen. Al examen macroscópico sólo se nota un tumor del tamaño de un huevo de gallina, de tal manera han englobado la trompa y el ovario los exudados. En la pieza misma aun después de haber permanecido muchos meses en alcohol se puede observar que las relaciones anatómicas han desaparecido, que no se distingue donde empieza ni donde termina la trompa, alcanzándose á sospechar que sea el ovario lo que se encuentra en el centro del tumor por su consistencia más blanda. Al incindir en una extremidad el tumor salió en poca cantidad un pus espeso y verdoso, probablemente de la trompa.

Los anexos del lado derecho estaban cabalgando por encima del útero, el ovario grande, recubierto de bridas y la trompa flexuosa del grosor del dedo pequeño y con su pabellón retraído habían formado una especie de ombligo; se extrajeron también.

Para ayudar la extracción de ambos anexos fué menester romper todas las bridas que retenían en flexión el útero y éste quedó libre y en posición.

Las consecuencias operatorias fueron buenas; no hubo reacción febril, levantándose á los 16 días la enferma. El cuadro térmico nunca llegó á los 38 y su estado general fué siempre satisfactorio.

Pocos días después se le practicó un raspado para curarla de su endometritis.

El 22 de Julio ingresó nuevamente al Hospital, con chancros blandos, vaginitis y blenorragia anal. Interrogada acerca de las consecuencias de la operación, ma-

nifestó haberse sentido desde que salió del Hospital completamente sana.

Fué tratada por las inyecciones de permanganato y tapón con azul de metileno, saliendo al mes curada.

En Enero del 96 vuelve á aparecer con metritis y vaginitis blenorrágica, se encuentra actualmente en tratamiento en el Consultorio externo.



Salpingo ovaritis purulenta

XI

(Prins)

Salpingo-ovaritis purulenta

Nº XI

Rosa P., 30 años, argentina, casada, ingresó al Hospital el 17 de Marzo de 1895.

Regló á los 14 años en condiciones fisiológicas, contrajo matrimonio á los 15 años y medio y se hizo embarazada 30 meses después, sin llegar á término, pues abortó á los seis y medio meses. Después de este aborto, guardó cama, tuvo fiebre y comenzó á sufrir de dolores de caderas. Las reglas desde entonces se presentaron abundantes y acompañadas de dolores, para llegar á transformarse últimamente en verdaderas menorragias, apareciendo después la sangre en los intervalos de las reglas para tomar finalmente el tipo continuo ó sean verdaderas hemorragias uterinas que llegaron á durarle hasta dos meses. En este estado, ingresó al Hospital en el servicio de la Sala XI el mes de Setiembre de 1893.

Examinada, se comprobó una metritis hemorrágica, por lo que se le practicó un raspado, que terminó con el flujo sanguíneo; las reglas se hicieron regulares, y salió de alta curada en Octubre del mismo año.

Habiendo vuelto de nuevo á ejercer su profesión,.... sintióse á los pocos meses enferma; abundante flujo, dolor en el hipogastrio y en los flancos, acompañado

de elevación, temperatura y tensión abdominal. Guardó cama y se hizo atender por un facultativo bajo cuyas prescripciones sintió mejoría. Después de permanecer un tiempo así. reagravóse nuevamente á consecuencia de una curación (lavaje intra-uterino al parecer) que le practicó el médico que la asistía; se empeoró mucho y los dolores llegaron á ser sumamente agudos, con escalofríos y fiebre. En estas condiciones ocurre nuevamente al servicio.

Estado actual. — Mujer de buena constitución, bien nutrida, se encuentra continuamente en cama, la marcha le es difícil y cuando camina lo hace agachada, sosteniéndose con ambas manos el abdomen que se halla doloroso á la presión. El examen de los órganos genitales suministra los siguientes datos: vulva normal, ligera uretritis, vagina amplia, cuello en posición ligeramente cónico, grande, sensible, orificio algo dilatado, 1^er^ grado de retroflexión; fondo de saco anterior depresible, posterior doloroso y con algunos exudados. Las trompas están engrosadas, formando cuerpo con los ovarios. A la presión bimanual aun cuando sea suave y moderada, la enferma acusa fuertes dolores.

Es imposible deslindar la trompa de los ovarios, pues las adherencias y exudados que los rodean forman un *block* íntimamente adherido á los cuernos del útero y el del lado derecho del volumen de un huevo de gallina.

Diagnóstico. — Uretritis, metritis con salpingo-ovaritis doble.

Tratamiento. — Reposo, hielo al vientre, inyecciones calientes, tapones de ictiol iodurados.

A los 28 días, los fenómenos agudos habían desaparecido, persistiendo el dolor en ambos anexos conjuntamente con su lesión anatómica. Se resuelve la salpingo-ovariotomía.

Operación. – El 7 de Mayo de 1895, después de la preparación previa de práctica en el servicio (baños, purgante, *toilette* del campo operatorio, etc.).

Incisión de 7 centímetros. El útero, se encuentra ocupando el eje de la vagina, rodeado de exudados y con adherencias en los órganos vecinos; algunas de éstas con el intestino se desprenden fácilmente, dando abundante sangre, los anexos de ambos lados han desaparecido y perdido sus relaciones envueltos entre los exudados inflamatorios resistentes y poco vascularizados.

En el lado izquierdo, éstos se encuentran íntimamente soldados al útero, y están englobados formando un solo cuerpo.

Tratóse de desprenderlos y pediculizarlos, consiguiéndose ésto, después de grandes y tenaces esfuerzos, se colocó la pinza-clamp, ligando en cadena y seccionando á termo-cauterio; se hace la *toilette* y se pasa al lado derecho. Los anexos de este lado están más aumentados de volumen y dan una sensación de retención ó fluctuación que hace sospechar la existencia de una colección líquida; las adherencias que presenta con el costado derecho del útero, son tan íntimas que parecen formar un solo cuerpo. Esto no obstante, tratóse de desprenderlos suavemente, pero al ejercer una tracción para atraerlos más á la superficie de la herida, estalla uno de los quistes apareciendo una gran cantidad de

pus espeso y sanguinolento; se absorbe éste con esponjas de gasa esterilizada, se pediculiza el *block* de anexos de la mejor manera posible, pues una parte de la trompa al nivel del cuerno uterino no se podía desprender, so pena de desgarrarlo completamente, y por fin se extraen.

En vista de haberse derramado abundante cantidad de pus y dado el carácter posiblemente blenorrágico, se resuelve hacer un gran lavaje abdominal con agua esterilizada al 0.10 ‰ de bicloruro. Dicho lavaje se hace con profusión, haciéndose pasar más de 10 litros de agua con el irrigador á alta presión. Mientras se hace el lavaje un ayudante expulsa con fuerte presión sobre los flancos la cantidad de líquido que queda retenido hasta conseguir que el agua saliera transparente y hubiese sido expulsada en totalidad. Se sutura la herida abdominal y se coloca una gran bolsa de hielo en el abdomen, sonda permanente, etc.

En las primeras 24 horas, la sonda dejó escapar de su orificio un líquido sanguinolento, lo que hizo sospechar se hubiera interesado la vejiga en la incisión. Sin embargo, no ocurrió nada ulterior evolucionando la enferma con temperatura normal. A los 8 días se le sacan los puntos de sutura y sale de alta á los 20 días de operada; se le aconseja vuelva al mes para practicarle un raspado; ingresa el 14 de Julio, se le hace el raspado y sale curada el 17 de Agosto. A los 6 meses de operada se le hace un reconocimiento, encontrándola completamente sana y sin ninguna molestia.

Los anexos que se conservan en el Museo de la Sala XI, son dos notables piezas, la izquierda de salpingo-

ovaritis con peri-salpingitis y peri-ovaritis; la trompa contornea el ovario en toda su extensión y las adherencias y exudados son tan sólidos y resistentes, que es imposible separarlos y desprenderlos sin desgarrar los órganos mismos. La pieza que representa los anexos derechos deja ver la cavidad y paredes del quiste purulento salpingo-ovariano; la trompa contiene gran cantidad de líquido purulento. Las trompas á pesar de la retracción sufrida á causa del alcohol se presentan gruesas, flexuosas, apergaminadas y con adherencias tan íntimas al ovario que diríase forman continuidad anatómica.

Degeneración escleroquística del ovario derecho

Nº XII

Amalia J., 24 años, casada, argentina, ingresó al Hospital el 3 de Marzo de 1895.

No tiene antecedentes hereditarios, ni patológicos individuales de importancia. Regló á los 13 años y se casó á los 22; ha tenido un hijo.

Data la enfermedad de la época de su casamiento; á los tres meses de embarazada, comenzó á sentirse con bastante flujo y dolor en las caderas, se puso en tratamiento, diagnosticando el facultativo que la asistió, úlcera del cuello uterino.

El parto se efectuó con felicidad, pero como á los quince días sintió un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha, dolor que desde entonces la atormenta, disminuyendo uno que otro día para exacerbarse después y tomar el tipo de una neuralgia ovárica.

A su entrada al Hospital, además de ese síntoma culminante, que es el que la ha inducido á ingresar, presenta los siguientes: dolor de caderas, timpanismo abdominal, dismenorrea y cólicos uterinos de gran intensidad.

El examen ginecológico da lo siguiente: vulva y vagina normales, cuello algo cónico, con una erosión en el orificio cervical, motivada por un flujo albúmino-purulento que corre sin interrupción; útero en posición, trompa del lado derecho, engrosada, un poco dolorosa, ovario en prolapso, grande del tamaño de un durazno, excesivamente doloroso, pues el menor roce ó presión provoca verdadera crisis; se encuentra móvil. Los anexos del lado izquierdo no se aprecian.

Diagnóstico. — Ovaritis quística con salpingitis derecha.

En vista de reclamar la enferma una curación radical por el continuo sufrimiento á que se encuentra expuesta, se resuelve extraer el ovario enfermo por la laparatomía.

Incisión de 6 centímetros. Útero en posición. Trompa derecha de coloración violácea y algo engrosada, ovario grande, de configuración irregular por los quistes que se han constituído en su interior; uno de ellos, el más culminante se secciona después de su extracción, dejando escapar una gran cantidad de sangre y pus. La albugínea se encuentra muy espesada.

En el lado izquierdo, la trompa se encuentra con una ligera inflamación catarral y un quiste seroso de las franjas, el ovario algo aumentado de volumen, pero con segmentos esclerosados y segmentos sanos.

Intervención — Salpingo-ovariotomía derecha.

Tiempo de la operación — 35 minutos.

Resultados — Inmejorables.

Salpingo-ovaritis derecha

Nº XIII

Angela R., 18 años, soltera, argentina, ingresó al Hospital el 7 de Febrero de 1895.

Antecedentes hereditarios. — Negativos.

Individuales patológicos. — Sífilis.

Regló á los 16 años, pero siempre de manera irregular, tanto en lo que se refiere á la calidad, como á la cantidad y época.

Hace como dos años contrajo un chancro duro, seguido de todas sus manifestaciones. Actualmente sufre de dolores osteóscopos; ha tenido flujos blancos desde su adolescencia, pero últimamente esta secreción se hizo más abundante acompañada de ardor á la defecación y tenesmo vesical.

Ingresó al Hospital con los siguientes síntomas: dolor continuo en el costado derecho al nivel de la trompa, propagación de este dolor á las caderas y pierna de ese mismo lado simulando una neuralgia ciática; dolores de cabeza por las tardes, dificultad de marchar con soltura, pues esta se efectúa inclinándose la enferma hacia el lado derecho; mucho sufrimiento para la aproximación sexual.

Examen.—Vulva normal; de su orificio sale un flujo amarillento; vagina caliente, cuello pequeño algo cónico; fondos de saco, amplio y depresible el izquierdo, doloroso el derecho; por la palpación bimanual se alcanza á tocar, un tumorcito sumamente sensible, que no puede ser otro que el ovario; la trompa no se aprecia. El útero es pequeño y se encuentra en ligera retroversión. Histerometría 7½ centímetros. Estenosis del orificio cervical interno.

Diagnóstico. — Endometritis. Salpingo-ovaritis derecha.

La enferma permanece en la sala para tratarse la endometritis, con lavajes intrauterinos, antisépticos, dilatación del orificio cervical, tópicos intrauterinos con tintura de iodo, escobillonaje con el cepillo de Pozzi, sumergido en una solución de creosota, alcohol y glicerina. Tapones antiflojísticos de ictiol, glicerina y ioduro de potasio.

Al cabo de tres meses de este tratamiento seguido con toda paciencia y asiduidad la enferma se encontraba bien de su metritis, pero con la lesión ovariana en el mismo estado, teniendo por lo tanto las mismas incomodidades que cuando ingresó al Hospital. Se resuelve la laparotomía.

Operación. – El 5 de Mayo. Incisión de 7 centímetros. Útero ligeramente desviado hacia el lado derecho con adherencias de reciente formación. Trompa y ovario del lado derecho, la primera, asiento de una inflamación crónica, de coloración rojiza, flexuosa, retraída, con el pabellón obstruído y las franjas hipertrofiadas; ova-

rio grande de conformación irregular, tinte opalino, tamaño de un huevo de paloma, asiento de una inflamación crónica microquística. Trompa y ovario del lado izquierdo: la primera normal y el segundo algo congestionado con placas de peri-ovaritis y partes sanas.

Se extrae la trompa y el ovario del lado derecho. Tiempo, 40 minutos.

Consecuencias post-operatorias, buenas.

A los 18 días se le practicó un raspado, saliendo curada.

Ooforosalpingitis

Operador, Dr. Zárate

Nº XIV

Genoveva B., 29 años, casada, argentina, costurera. Ingresó al Hospital el 15 de Marzo 1895.

Antecedentes hereditarios. — El padre murió de una afección al corazón.

Antecedentes individuales. — Ha tenido fiebre tifoidea.

Regló á los 13 años y contrajo matrimonio á los 16. Ha tenido un solo hijo. Su enfermedad la hace depender del primer parto que tuvo. Refiere que se levantó á los cinco días de haber salido de cuidado, á pesar de notarse con fiebre el 2º y 3er día. En seguida tuvo que guardar cama nuevamente por haber sentido un gran dolor y peso al vientre conjuntamente con una hemorragia abundante que le duró cuatro días. Levantóse á los pocos días, pero siempre perdiendo un poco de sangre, pérdida que á los 3 meses tomó un carácter más normal en relación con el período mensual. Poco tiempo después se presentó un flujo espeso; notó también que

su abdomen se timpanizaba, que tenía defecación dolorosa ó incomodidad para el acto sexual.

Púsose en tratamiento médico recorriendo diversos consultorios por espacio de diez años, con intervalos de alivio muy poco duraderos. Cuando ingresó á la Sala XI del Hospital, los primeros síntomas aun persistían, pero la principal molestia era el violento dolor en ambas fosas ilíacas, dolor que si hubiera sido continuo según ella dice, la hubiera inhabilitado para los menores quehaceres, tal era la intensidad con que la atacaba.

Examen.—Vulva y vagina sin nada de anormal, fondos y sacos amplios, pero chocando el dedo en todo su contorno con una resistencia ligera poco dolorosa. En el fondo postero-lateral izquierdo existía un tumor globuloso que formaba cuerpo con el útero y en el postero derecho un tumorcito más pequeño pero fijo, doloroso y de superficie irregular. La palpación bimanual descubre el útero en retroflexión adherente.

Histerometría, 7½ centímetros.

Operación. —El 21 de Mayo. Laparotomía. El útero está en retroflexión con adherencias intestinales; despréndese y es atraído á la herida abdominal. Los anexos de ambos lados están estrangulados y envueltos en exudados peritoneales, tan antiguos que sólo á fuerza de paciente labor se consigue arrancarlos de sus adherencias peri-uterinas para pediculizarlos y extirparlos. El proceso de peri-ovaritis y peri-salpingitis ha sido tan intenso y son tantos los exudados que los han recubierto, que todas las relaciones han desaparecido, no

alcanzándose a saber donde termina la trompa y si su pabellón está soldado al ovario ó retraído sobre sí mismo.

Ambos anexos se extraen.

Accidentes post-operatorios sin importancia. La enferma se levantó á los 12 días y á los 25 salió de alta, después de habérsele practicado el curetaje uterino.

Ooforo salpingitis blenorrágica. Pelviperitonitis

Nº XV

Clementina G., 21 años, soltera, argentina, modista. Entró al Hospital el 7 de Noviembre de 1894.

No hay antecedentes hereditarios ni individuales. Sus reglas aparecieron á los 12 años.

Hace como seis meses adquirió una blenorragia; empezó á perder gran cantidad de flujo espeso y amarillento, sintió dolor y ardor á la micción, tenesmo rectal, etc. No dió importancia á ésto, ni se puso en tratamiento, limitándose á darse jeringatorios de agua de malvas y alumbre. Como á los 25 días se sintió súbitamente atacada de violentos dolores al hipogastrio, disuria, timpanismo abdominal, vómitos y elevación de temperatura; guardó cama. Un prudente tratamiento médico la mejoró, pero el facultativo le indicó la necesidad de ingresar á un hospital para su completa curación. No aceptó el consejo y continuó con remedios caseros cuatro ó cinco meses más, hasta que en vista de no encontrar alivio y sintiéndose, por el contrario, cada vez peor, resolvió ingresar á la Sala XI de este Hospital.

Al examen se nota: flujo de carácter blenorrágico,

espeso, purulento; vagina húmeda y caliente. Útero en retroflexión, algo fijo, bastante sensible; fondos de saco: lateral derecho, algo borrado, sensible, alcanzándose á tocar por la palpación bimanual la trompa espesada; lateral izquierdo ocupado por un cordón grueso como el dedo índice en relación con el cuerno uterino; la exploración de ambos anexos es dolorosa á pesar de procederse con suavidad.

Al speculum se observa: abundante flujo vaginal y el cuello uterino erosionado y dejando salir de su orificio un flujo muy espeso. En vista de la seguridad de la infección blenorrágica y á pesar también de la seguridad de la invasión de las trompas, no se hace la histerometría.

Diagnóstico. — Vaginitis y endometritis con salpingitis blenorrágica.

Se prescribe reposo, irrigaciones vaginales con solución de cloruro de zinc, y tapones embebidos en ácido tánico y glicerina al 10 %. Curada la vaginitis como á los 28 días se inicia un tratamiento de curación intrauterino por los lavajes antisépticos y tópicos cáusticos; se le aplican también tapones antiflojísticos de ictiol y ioduro de potasio, precedidos de profusas irrigaciones calientes. Continúase así por espacio de un mes y medio, hasta que en vista de no mejorarse se resuelve hacer el tratamiento de Doleris; dilatación gradual á la laminaria de la cavidad uterina, raspado y taponamiento con gasa esterilizada para el drenaje. En el transcurso de este tratamiento se le declaró un fuerte ataque de pelvi-peritonitis que le obligó á guardar cama durante

quince días, administrándosele opio, bolsas de hielo é inyecciones calientes. Restablecida de esta intercurrencia y después de haber demostrado el examen que la lesión de los anexos continuaba en el mismo estado, se resolvió hacer la laparotomía.

Operación. — El 13 de Mayo. En atención á que la endometritis permanecía estacionaria, y no queriendo la paciente sufrir dos intervenciones con cloroformo, se hizo el raspado previo por uno de los practicantes, para que de esta manera no quedara ni el más remoto peligro de que el operador ni el ayudante pudieran infectar la cavidad abdominal. Terminado el raspado se procedió á incindir el abdomen en la línea media.

El útero en ligera anteflexión estaba rodeado por una malla de bridas y adherencias de reciente formación que lo fijaba á todos los órganos vecinos. Se desprendieron éstas con facilidad y se aisló el globo uterino. A los lados y en dirección á los ligamentos anchos se encontraban las trompas y los ovarios más gruesos que una sonda exofágica y tan íntimamente adheridos á dicho ligamento, que era imposible desprenderlos sin desgarrar. Fué obra de paciencia; las adherencias daban bastante sangre, pero á pesar de todo se continuó, y al cabo de media hora de un trabajo lento y laborioso se consiguió extirpar ambas trompas y ovarios, semejándose las primeras á dos gruesas salchichas, como se podrá observar en las piezas que se conservan.

La operación duró 90 minutos.

Consecuencias operatorias: la enferma evolucionó perfectamente. El termómetro nunca acusó fiebre. Los

hilos se sacaron á los 8 días; á los 10 se le hizo un lavaje intrauterino acompañado de irrigación de tintura de iodo.

Se levanta á los 14 días, y sale completamente curada el 3 de Junio.

Llama la atención que continúa teniendo las reglas con toda regularidad y en condiciones normales; probablemente en las múltiples adherencias que encarcelaban los anexos, quedó algún pedazo de ovario que ha seguido manteniendo la función menstrual.

La enferma, que se entrega á toda clase de trabajos, sigue perfectamente bien, y sus reglas con toda regularidad, algunos meses después que ha sido vista.

Salpingitis parenquimatosa y ovaritis derecha

Nº XVI

Dolores R. de N., casada, 28 años, española, cocinera. Ingresó al Hospital en Mayo de 1895.

No hay antecedentes hereditarios ni individuales. Regló á los 14 años. Se casó á los 19; no ha tenido hijos ni abortos. Su enfermedad data de 8 meses; comenzó con un abundante flujo y ardores á la micción, tratándose con inyecciones de hojas de nogal.

Disminuyó algo, pero al mismo tiempo comenzó á sentir ligeros ardores en el bajo vientre y timpanismo abdominal en la época de las reglas; éstas se hicieron más profusas y se presentaban acompañadas de violentos dolores que la postraban en cama. En la cuarta aparición menstrual después del principio de su enfermedad tuvo una reacción febril, acompañada de violentos dolores en ambas fosas ilíacas, pero más acentuados al lado derecho; volvióse á mejorar, pero en el intervalo de los menstruos ya no siguió bien, el dolor de la fosa ilíaca derecha la molestaba continuamente, quedando su vientre abultado y doloroso á la presión. Con estos síntomas y otros propios del sindrome uterino, como ser dolor de caderas, estómago, etc., se presentó al Consultorio externo de la Sala XI.

Examinada, se comprobó además de una endometritis, una salpingo-ovaritis derecha. Comunicósele el diagnóstico de su enfermedad y los medios de curación á emplearse, aceptando el temperamento de ingresar á la Sala para ser operada, indicación que le hicimos teniendo en cuenta la intensidad de la lesión anatómica, de los anexos del lado derecho.

Operación.—En 28 de Mayo. Raspado previo en la misma sesión por uno de los practicantes. Laparotomía. Útero grande, ligera retro-látero versión derecha. Anexos derechos: no se distinguen; hay en el lugar que ellos ocupan un *block* duro, resistente, con ligeros puntos que producen sensación de resistencia, completamente encarcelado en el ligamento ancho, fijo á las paredes de la pelvis y sin que la investigación digital pueda deslindar trompa ni ovario; se percibe solamente un tumor oblongo, fijamente adherido al útero y á las paredes de la pelvis con adherencias sólidas fibrosas que necesitan ser rotas y arrancadas con la uña del dedo índice del operador.

Con paciente trabajo se van desprendiendo las adherencias que dan mucha sangre, pudiéndose conseguir poner libre una gran extensión del tumor para tomarla entre los dedos, y ayudar en los momentos de tracción notándose que en sus paredes hay quistes ó colecciones líquidas. Obtenemos al fin el resultado deseado, extrayendo la trompa con el ovario formando un solo cuerpo, notándose que la primera está doblada en su parte media para venir el pabellón á adosarse, ó mejor dicho soldarse en el tejido ovárico. Lo que realmente sor-

prende es no sólo el calibre de la trompa sino su largo; tiene cerca de 20 centímetros, como podrá verse en la que está doblada en ansa; presenta además focos de pus diseminados y formando quistes separados, uno de ellos pediculizado como si se tratase de un pequeño fibroma desarrollado en el espesor de la pared. La pieza conservada en el museo es sumamente interesante, siendo de lamentar en este como en otros no haberse podido obtener el examen microscópico.

Los anexos izquierdos están también con muchas adherencias, pero fáciles de romper. Se encuentran poco afectados, y aun cuando el pabellón de la trompa está obstruído, se conserva, en vista de que la enferma no acusa dolores de este lado.

La operación duró hora y tres cuartos.

El cuadro térmico solo marcó el segundo día 38 para descender á la normal.

En los primeros días estuvo bastante incomodada por el gran desarrollo de gases, pero una vez que se hubo colocado la sonda en el recto, permaneció tranquila.

Se levantó á los 14 días, saliendo de alta á los 22. Ha seguido bien. Las primeras reglas se presentaron con dolores, pero las siguientes han sido normales.

— ————



Salpingitis parenquimatosa

XVI

(Prins)

Ooforo salpingitis doble

Operador, Dr. Zárate

Nº XVII

Juana M. de S., 29 años, casada, paraguaya, planchadora.

No hay antecedentes de importancia. Ignora la edad de su primera menstruación, pero cree que fué siendo muy joven. Se casó á los 22 años, ha tenido cuatro hijos y dos abortos. Hace tres años de la última preñez y desde esta época empezó á sentirse enferma, sintiendo los principales fenómenos del sindrome uterino. Hace cuatro meses adquirió una blenorragia, exacerbándose á consecuencia de ésta los primitivos síntomas y teniendo que guardar cama.

Ingresó al Hospital el 10 de de Marzo. Al examen se se comprobó una endometritis y una salpingo-ovaritis doble. Se le trató por el método curativo de Doleris para obrar indirectamente sobre las trompas, pero á consecuencia de no poder resistir las curaciones y teniendo en cuenta que cada aplicación de laminaria era seguida de ataques de perimetritis, lo que motivó la

resistencia de la enferma á continuar bajo este método curativo, se le aconsejó la salpingo-ovariotomía.

Operación. — El 24 de Mayo. Raspado previo practicado por el Dr. Pietranera. Laparatomía. Ovario derecho grande esclerosado, tamaño de un huevo de paloma, trompa roja flexuosa, llena de estrangulaciones en su trayecto por las bridas de los exudados, pabellón obstruído por las franjas adheridas al ovario.

Anexos izquierdos. Ovario grande con degeneración quística; trompa engrosada del tamaño del dedo índice; franjas afectadas de degeneración quística simulando un racimo. En atención á la lesión ovariana se resuelve la extracción de ambos anexos. Tiempo de la operación, 40 minutos. Consecuencias post-operatorias, buenas.

Al mes vuelve al Consultorio quejándose de dolores pelvianos en la época correspondiente á la vuelta del período menstrual. Se le prescriben baños de asiento. La enferma se ausenta á Bahía Blanca.

Metro Salpingo-ovaritis blenorrágica

Operador, Dr. Zárate

Nº XVIII

Manuela P. H., 22 años, soltera, argentina, enfermera. Ingresó al Hospital el 22 de Mayo de 1895.

No hay antecedentes hereditarios. Ha tenido viruela, padece de litiasis biliar. Mujer de constitución débil y enfermiza, se encuentra predispuesta á una afección pulmonar específica; por ahora sólo se nota falta de amplitud funcional de las vesículas pulmonares en ambos vértices; á la percusión hay oscuridad en el vértice izquierdo. La primera menstruación la tuvo á los 14 años, suspendiéndose por 12 meses para reaparecer después á intervalos irregulares y con carácter dismenorreico, con tendencias menorrágicas.

Del lado de los órganos génito urinarios no presentó ninguna novedad hasta el 1° de Diciembre, fecha en la cual comenzó á sentirse enferma. Primeramente le apareció dolor al hipogastrio deseos frecuentes de orinar y flujo blanco, más tarde dolor al defecar, tenesmo, etc., lo que la obligó á guardar cama. Como el flujo aumentara, ingresó al Hospital Rawson; allí se le

trató con inyecciones vaginales y lavajes vesicales. Un mes después empezó á sentir dolor en la fosa ilíaca izquierda y á consecuencia de una operación volvió á guardar cama por los agudos dolores que le invadieron todo el hipogastrio. Pasado este acceso, el dolor de la fosa ilíaca izquierda se le propagó á la derecha, siguiendo con el mismo tratamiento acompañado de tapones modificadores; mejoró algo y salió de dicho hospital para volver nuevamente á ponerse en tratamiento (con el Dr. Anzoategui), quien le diagnosticó una *salpingitis* y le hizo ver la necesidad de volver á un hospital para ser operada. Ingresó al Hospital San Roque.

Estado actual. — Jaquecas, dolores de estómago, dolor lento y continuo en las fosas ilíacas, más acentuado en el lado derecho, con irradiaciones lumbares, constipación, dolores pelvianos sin localización fija, reglas persistentes hasta el punto de durarle un mes.

Examen. — Vulva y vagina normales, fondos de saco: depresible el derecho, algo borrado el izquierdo, cuello reblandecido sin estar aumentado de volumen.

Anexos. — Izquierdos: nótase un empastamiento que forma cuerpo con el cuerno uterino, siendo difícil deslindar la trompa y el ovario derecho; la trompa gruesa dolorosa, ovario poco afectado, apenas se palpa.

Al Speculum. — Cuello de coloración rojo oscuro, su orificio deja escapar un tapón gleroso y sanguinolento. Histerometría 8 centímetros, sangra con facilidad, ligera antero-látero desviación izquierda.

Diagnóstico. — Endometritis y metro-salpingo-ovaritis.

Operación. — El 5 de Junio. Raspado previo por el Dr. Isasmendi. Laparotomía. Útero en la posición antedicha. Anexos izquierdos; trompa y ovarios afectados de inflamación catarral aguda. la primera con el pabellón obstruído y cabalgando encima del ovario á quien recubre y está adherido, formando una masa compacta con el ligamento ancho; el ovario asiento de una inflamación adhesiva (periovaritis) cuyas adherencias fáciles de desprender dan mucha sangre. bastante aumentado de volumen. y de coloración opalina·

En el lado derecho la trompa y el ovario se encuentran en el mismo estado intensamente adheridos al ligamento ancho; trompa roja violácea, pabellón obstruído por la retracción de las franjas.

Se extirpan ambos anexos.

Las consecuencias operatorias fueron buenas; á los 15 días salió curada. Un mes después volvió á manifestarnos que le habían aparecido las reglas. creímos en una simple coincidencia, pero con gran sorpresa nuestra la enferma ha seguido teniendo sus reglas como cuando era sana, á pesar de encontrarse en el museo sus ovarios. A los 8 meses después contrajo matrimonio.

Ooforo Salpingitis doble

Operador, Dr. Zárate

Nº XIX

Gabina R., 24 años, argentina, costurera. Ingresó al Hospital el 1º de Junio de 1895.

No tiene antecedentes hereditarios.

Regló á los 11 años, continuando después la menstruación de una manera irregular. Se casó á los 12 años, haciéndose embarazada año y medio después; el parto fué distócico, hubo necesidad de forceps; en el puerperio estuvo con fiebre durante 18 días, quedándole en consecuencia dolor de caderas y abundante flujo.

Poco tiempo después hízose nuevamente embarazada, abortando á los seis meses y volviendo á tener un puerperio malo con fiebre, dolor de caderas, etc. Dos meses después adquirió una vaginitis blenorrágica, y á los cuatro meses ingresó al servicio á tratarse su afección uterina.

Examen. — Rasgadura del periné de primer grado, fondos de saco amplios, pero sumamente dolorosos; cuello chico ocupando el eje vaginal, rasgadura bilateral; útero limitado en sus movimientos, doloroso á la

presión y en ligera retroflexión. Anexos izquierdos muy dolorosos aun á la más leve presión; el ovario y la trompa parecen formar un solo cuerpo constituyendo un tumor del tamaño de un huevo de gallina. Anexos derechos más atacados en su lesión anatómica, pero más fáciles de explorar: nótase la trompa engrosada como el dedo índice, y el ovario más abajo en ligero prolapso, grande, irregular, doloroso, pero algo móvil.

Al Speculum. — Cuello pequeño con rasgadura bilateral, abundante secreción, espesa, adherente hasta el punto de ser difícil arrancarle con la esponja. Histerometría: $7\frac{1}{2}$ centímetros, mucosa muy vascular, sangra al histerómetro y es dolorosa.

Diagnóstico. — Endometritis con salpingo-ovaritis.

Operación. — El 17 de Junio. Raspado previo. Laparotomía. Anexos lado derecho; ovario como un durazno, escleroso, poliquístico, trompa como el dedo índice íntimamente adherida al ligamento ancho y con su pabellón adosado al ovario.

Lado izquierdo ovario del mismo tamaño con quistes serosos y sanguíneos; la albugínea tiene un color amarillento; el pabellón y el cuerpo de la trompa están adosados al ovario por exudados peritoneales muy consistentes que los envuelven y los adosan al ligamento.

Extracción de ambos órganos.

Sale de alta á los 13 días á su pedido, ocho días después y á consecuencia de un golpe de pie que recibió en el hipogastrio, se le produjo una pelvi-peritonitis, atendida á tiempo con reposo, hielo, derivación, etc., se curó. Cuatro meses después seguía bien.

Salpingo-ovaritis derecha

Nº XX

María S., 36 años, casada, oriental. Ingresó al Hospital el 8 de Junio de 1895.

No hay antecedentes hereditarios. Individuales: ha tenido influenza y cuatro años antes un vómito de sangre.

Las reglas aparecieron á los 14 años. Se casó á los 25. Ha tenido cinco hijos y dos abortos. Se siente enferma desde hace un año más ó menos. Al poco tiempo del parto y coincidiendo con un ataque de influenza, sintió de golpe un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha, que la obligó á permanecer en cama con fiebre, vómitos, dolor á la micción, meteorismo, etc. Poco tiempo después consiguió aliviarse, pero desde esa época empezó á sentir con mayor intensidad el dolor en la cadera, yendo acompañado de irradiaciones lumbares, cólicos uterinos, etcétera. Estas incomodidades se le hicieron continuas con intervalos de mejoría y agravación. En los últimos tiempos sus reglas, tomaron un tipo irregular y un carácter dismenorreico. El Dr. Montes de Oca, su médico, le aconsejó ingresara al servicio.

Examen. — Rasgadura perineal, vagina húmeda, cuello rasgado, útero en posición, movimientos limita-

dos. Anexos derechos: ovario del tamaño de un huevo de paloma, forma irregular, consistencia blanda y al parecer fluctuante; trompa probablemente englobada con el ovario; izquierdos: nótase un grueso cordón del tamaño de un dedo blando y movible; es difícil seguirlo hasta el cuerno uterino (parece la trompa); ovario en posición, poco aumentado de volumen y poco sensible.

Speculum. —Cuello rasgado, abundante secreción en el orificio uterino. Histerometría: 8 centímetros.

Diagnóstico. — Metro salpingo-ovaritis.

Operación. —El 20 de Junio. Raspado previo. Laparatomía: incisión de 8 centímetros en la línea media. Útero en posición, pero mantenido fijo por las adherencias perimétricas del fondo de saco de Douglas.

Anexos izquierdos: trompa movible con muy pocas adherencias, algo engrosada, pabellón libre. Ovario del tamaño de una almendra con placas de peri-ovaritis y partes sanas.

Anexos derechos: trompa y ovario formando una masa compacta englobada por exudados y adosada al ligamento ancho. Dá la sensación de un tumor de consistencia líquida, y se desprende suavemente y con poca pérdida de sangre.

Desprendidas las principales adherencias, se nota que la trompa engrosada en sus paredes, recubre al ovario, que está grande, con quistes de coloración oscura en su interior, al mismo tiempo que varios quistes serosos. Pabellón de la trompa adosado al ovario y obstruído su orificio. Los anexos derechos se extrajeron. La enferma se encontraba bien, á excepción de un pequeño

catarro bronquial consecutivo al éter; al tercer día la fiebre subió hasta 39° para descender por lisis en los días siguientes, encontrándose al cuarto día normal. Esta fiebre es imputable seguramente á una *pousée* del catarro pulmonar.

Salió de alta el 29 de Junio. A los dos meses se embarazó, abortando á los cuatro. Concurre al Consultorio y actualmente se cree nuevamente embarazada. Se asiste de su catarro pulmonar crónico.

Salpingo-ovaritis

Nº XXI

Rosalía B. de B., 28 años, casada, italiana. Ingresó al Hospital el 18 de Junio de 1895.

No hay antecedentes dignos de atención. Sus primeras reglas aparecieron á los 12 años; contrajo matrimonio á los 14.

No ha tenido hijos á término, pero sí dos abortos; el primero de tres meses y medio, fué á los 4 años de casada, á consecuencia del cual quedó con dolor en las caderas y en las fosas ilíacas. Tres años después se hizo nuevamente embarazada, volviendo á abortar al mes y medio; guardó cama tres ó cuatro días y tuvo fiebre. Al mes siguiente le apareció la menstruación, durándole cuatro días; se presentó acompañada de dolores pelvianos intensos, los que no desaparecieron por completo. El flujo poco abundante que tenía aumentó y tomó una coloración amarilla. Conjuntamente con estos síntomas, se le timpanizaba el vientre, el dolor de caderas se hacía más molesto y la menstruación tomaba un tipo dismenorreico con tendencia á retardarse.

Ingresó al servicio.

Examen. — Periné sano, vagina amplia, cuello pequeño en posición, lo mismo que el cuerpo del útero. A la palpación combinada se nota los anexos izquierdos dolorosos, pero no es posible apreciarlos con exactitud. En el fondo de saco derecho y hasta cerca del espacio de Douglas se encuentra la trompa gruesa muy sensible, formando cuerpo probablemente con el ovario.

Al Speculum. — Se comprueba por medio del histerómetro la posición del útero, lo mismo que la endometritis de que está afectado.

Diagnóstico. — Endometritis. Salpingo-ovaritis.

Tratamiento. — Reposo. El 24 de Junio se le practicó el curetaje; la enferma siguió bien de su endometritis, pero la salpingitis permaneció estacionaria. Diez días después se le hace la ooforo-salpingectomía.

Operación. — 4 de Julio. Laparatomía. Útero en posición. Anexos izquierdos rodeados de adherencias peritoneales que se desgarran con facilidad y sangran mucho; la trompa no está engrosada, pero el ovario está quístico del tamaño de una gruesa almendra; al pretender extraerlo á la superficie de la herida, estalla uno de los quistes, dejando escapar una gran cantidad de sangre. Teniendo en cuenta que la luz de la trompa está permeable y que el ovario conserva algunas partes sanas, se resuelve dejarlos una vez desprendidas las adherencias y cohibida la hemorragia del ovario.

Anexos derechos. La trompa está gruesa, del tamaño y forma de la vesícula biliar, contiene líquido en su interior y las paredes son delgadas; está ocupando el espacio de Douglas y con adherencias que lo retienen;

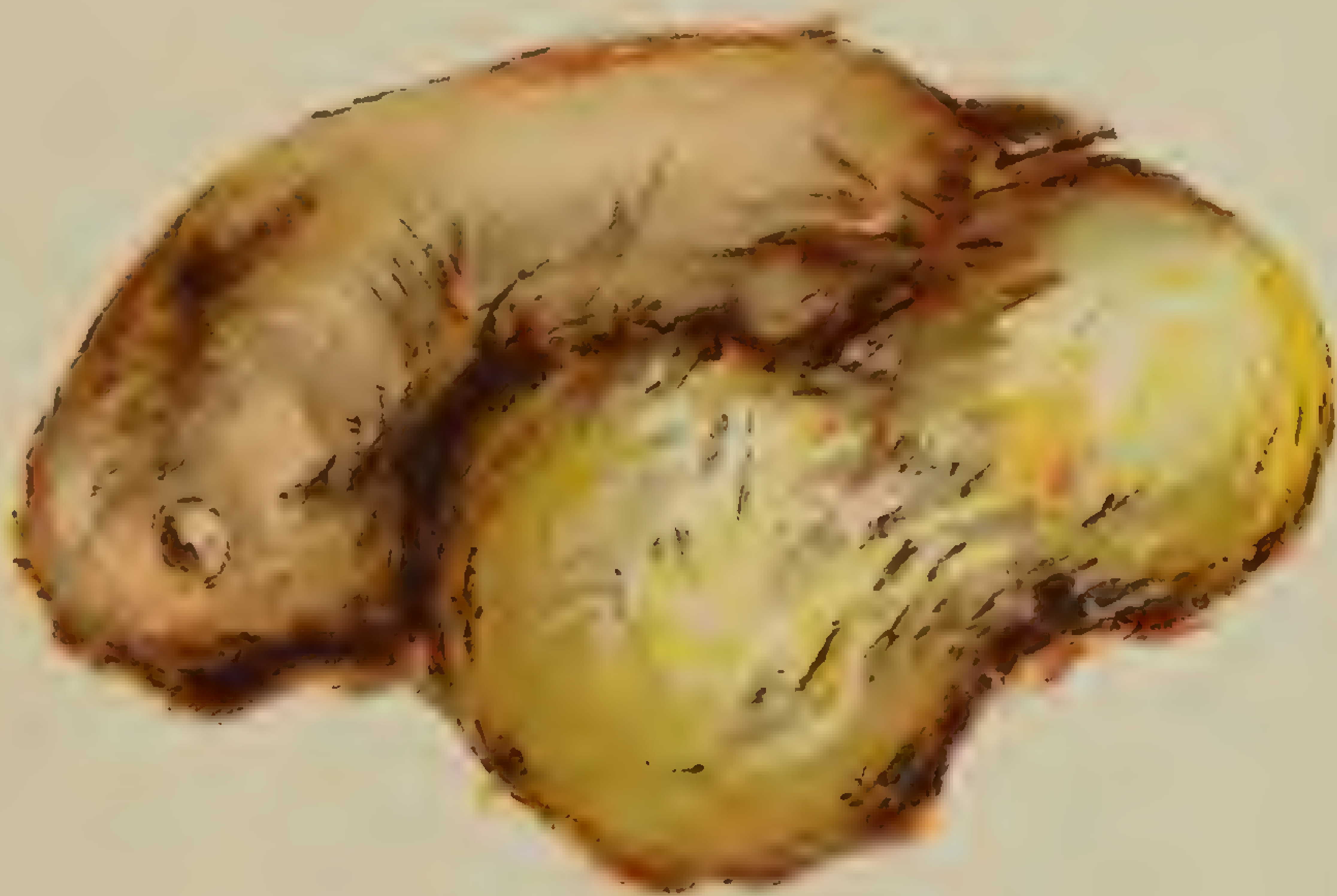
el ovario poco aumentado de volumen escleroso y escondido debajo de la trompa.

Trátase de aislarlos y desprenderlos, teniendo cuidado de no hacerlo estallar por ignorar la clase de líquido que contiene; el desprendimiento de las adherencias da mucha sangre, después de mucho trabajo se consigue aislar el tumor y atraerlo al borde de la herida abdominal.

La trompa está afectada de hidro-salpinx, tiene las paredes muy tensas y se ve por transparencia el color del líquido, el ovario se encuentra afectado de ovaritis crónica. Se extrae ambos órganos.

Tiempo de la operación, una hora.

Consecuencias operatorias, buenas; el cuadro térmico marcó el día de la operación por la noche 38°, para seguir después alrededor de 37°. Sale después completamente curada.



Quiste purulento del ovario

XXII

(Prins)

Quiste purulento del ovario izquierdo — Salpingitis

Nº XXII

Gregoria N., 33 años, casada, paraguaya. Ingresó al Hospital el 19 de Marzo de 1895.

No hay antecedentes. Regló á los 16 años y se casó á los 17. Ha tenido un hijo y un aborto, á consecuencia del cual guardó cama tres meses y medio, con fiebre, meteorismo abdominal, dolor en las caderas, constipación, etc. Al cabo de ese tiempo se levantó muy aliviada y la menstruación se le presentó sin dolores. Tres ó cuatro años después, volvieron á presentársele acompañadas de dolores cada vez más intensos, imposibilitándola para todo trabajo una semana antes y después. Así ha seguido hasta la época actual, con la sola diferencia que se han tornado muy profusas, persistiendo á veces hasta 18 días y precedidas de fuertes dolores en las fosas ilíacas, para desaparecer una vez que se establecía el período. La mayor incomodidad y molestia es el dolor continuo y persistente en las caderas, que la imposibilita hasta para caminar.

Examen. — Periné desgarrado (1er grado), cuello uterino grande, abierto el orificio, permite introducir la

punta del dedo; está dirigido hacia arriba. El fondo de saco posterior es depresible, pero está ocupado por un tumor globuloso, bastante grande y sensible; con ayuda de la palpación bimanual, se nota que es el útero en retroversión adherente. Al lado derecho y formando cuerpo con él, hay un pequeño tumor íntimamente adherido al cuerpo uterino y poco sensible. Este tumorcito parece ser sólido, de bordes irregulares como si fuera un núcleo de parametritis ó un fibroma sub-seroso. Al lado izquierdo no hay nada apreciable; no es posible percibir trompa ni ovario, por la dificultad que existe para hacer la exploración. Al histerómetro da la cavidad uterina 8 centímetros y sangra con suma facilidad.

Diagnóstico. — Metritis hemorrágica. Retroversión adherente del útero. Exudados parametríticos del lado derecho con salpingo-ovaritis.

Tratamiento.—La enferma permanece en tratamiento curativo durante tres meses, sin conseguir alivio ni poder corregir la desviación, razón por la cual no se le practicaba el raspado; al cabo de este tiempo se le propone intervenir por la laparotomía y acepta.

Operación. — El 17 de Julio. Laparotomía. Utero grande caído en la excavación sacra, y sólidamente fijos por adherencias que engloban los anexos izquierdos; al hacer tracción para desprenderlo, estalla un quiste, y se ve aparecer pus en la superficie de la herida; sécase con esponjas de gasa esterilizada y se continúa hasta traer el útero con sus anexos á la superficie. El pus proviene de un quiste purulento del ovario izquierdo. Se extrae éste con la trompa. Los anexos del lado

derecho se dejan, una vez libre de las adherencias que los tenían sujetos y estrangulados; el ovario con placas de esclerosis se encontraba adherido al cuerno uterino derecho, y era el que daba la sensación de núcleo parametrítico. Es raro que á la exploración bimanual, dicho órgano no fuera doloroso. Libre el útero de todas las adherencias, se lava abundantemente la excavación pelviana con agua esterilizada, se hace esponjipresura y se cierra la herida abdominal.

El cuadro térmico no acusa la menor elevación de temperatura y la enferma sale perfectamente curada un mes después, permaneciendo ese tiempo en la Sala por habérsele hecho posteriormente el raspado uterino.

Salpingo-ovaritis derecha

Nº XXIII

Trinidad C., 23 años, casada, argentina.

No hay antecedentes de importancia. Primera menstruación á los 15 años; se casó á los 17. Ha tenido tres hijos, remontando su enfermedad desde el último parto. Durante el puerperio tuvo fiebre y á pesar de ésto, se levantó á los cinco días, siguiendo después con flujo dolor en las caderas y en la región de los ovarios.

Ingresó á este servicio el año 93 y la historia de esa, época dice: Uretritis, endometritis, ulceración del cuello.

Curación con ácido piroleñoso para modificar la erosión, lavajes intrauterinos, raspado. Sale de alta curada.

Ingresa nuevamente al servicio en el mes de Junio de 1895.

Diagnóstico. — Endometritis con salpingo-ovaritis derecha.

Tratamiento. — Permanece un mes en la Sala en tratamiento curativo, sin modificarse la lesión de los anexos. Se resuelve intervenir por la vía abdominal haciéndole previamente un raspado.

Laparotomía. Útero en posición. Anexos izquierdos sanos. Derechos: trompa engrosada y flexuosa, adhe-

rente al ovario que se encuentra con multitud de quistes serosos y hemáticos. Hay peri-salpingitis y peri-ovaritis. Se extraen ambos órganos. El cuadro térmico acusa 38'2 el tercer día y 38· el sexto; los demás días la temperatura es normal. Sale de alta curada á los 21 días.

Fístula abdominal post-operatoria por cuerpo extraño

Nº XXIV

Elena J., 22 años, casada, argentina. Ingresó al Hospital el 30 de Junio de 1895.

No hay antecedentes de importancia.

Regló á los 13 años y se casó á los 14. Ha tenido tres hijos, quedando un poco enferma del último parto. Se embarazó nuevamente á los 8 meses y abortó á los 4, sobreviniéndole una fiebre puerperal que le postró en cama durante tres meses. Poco tiempo después ingresó á un hospital para su curación. Cuenta ella que se le practicó primeramente un raspado, y no habiéndose aliviado, se le hizo laparotomía para extraerle los ovarios. A los 18 días de operada y después de grandes dolores, abriósele la herida y continuó supurándole; se mejoró y salió de alta, pero á los pocos días se vió en la necesidad de volver nuevamente por haber reaparecido la supuración: allí se le extrajeron varios puntos de sutura, y se le hizo el curetaje del trayecto fistuloso dos ó tres veces, pero sin resultado alguno, la fístula se abría de tiempo en tiempo para dejar salir gran cantide pus. A los seis meses de operada la enferma ingresó á nuestro servicio.

Estado actual.—Mujer de constitución robusta, en buen estado de nutrición. Órganos genitales externos de multípara, vagina elástica y amplia, cuello normal. Útero en posición, pero fijo y como incrustado en la pared abdominal al nivel de la cicatriz operatoria; ésta presenta bordes irregulares y un orificio fistuloso en su tercio inferior. Explórase con un estilete el trayecto fistuloso, notándose que éste se insinúa cerca de 8 centímetros en el espesor de los tejidos. En la seguridad de que un cuerpo extraño mantiene la supuración, impidiéndole la oclusión de la fístula, se practica la laparotomía.

Laparotomía.—Incisión de 6 centímetros al mismo nivel de la cicatriz, cortando el orificio fistuloso, llegando al tejido uterino, exploración detenida, extracción de tres suturas de seda anuladas como si hubieran servido para atar el muñón de la trompa, curetaje, resección del trayecto fistuloso, sutura. La herida curó por primera intención.

La enferma sale de alta el 21 de Julio completamente curada.

Ooforo Salpingitis derecha

XXV

Rosa D., 29 años, casada, italiana. Ingresó al Hospital el 18 de Junio de 1895.

No hay antecedentes hereditarios ni individuales.

Ha sido siempre sana, regló á los 15 años y se casó á los 16; ha tenido tres hijos. Hace 7 años tuvo un aborto, á consecuencia del cual guardó cama y estuvo con fiebre cerca de 13 días; mejoró, pero empezó desde entonces á sentir dolores lumbares y á perder una gran cantidad de flujo amarillento. Al año, estando muy aliviada de su enfermedad, volvió á quedar embarazada, abortando á los tres meses. Volvió á tener fiebre y se reagravaron los primitivos síntomas. Concurrió al Consultorio externo donde se trató cerca de 8 meses, no encontrando alivio y por nuestro consejo, ingresó á la sala, afectada de endometritis crónica y salpingo-ovaritis derecha.

Operación. — El 28 de Julio. Raspado previo. Laparotomía. Útero en látero-desviación derecha con algunas adherencias peritoneales al intestino delgado que se desprendieron suavemente. Trompa y ovario izquierdo bien. Trompa derecha esclerosada, dura como un cordón

metálico, ovario con degeneración microquística adherido á la parte superior del ligamento ancho. Aíslanse ambos órganos y se extraen.

Consecuencias operatorias, buenas.

La enferma se levantó á los 20 días.

Permanece en la sala un tiempo más para tratarse unos dolores pelvianos sin localización fija, que según ella la incomodan demasiado.

Sale de alta al mes y medio de la operación, conservando alguna molestia que no le impide sus quehaceres.



Hémato-salpinx

XXVI

(Prins)

Hémato Salpinx

Nº XXVI

Filomena I., 28 años, casada, francesa.

No hay antecedentes hereditarios, ni recuerda haber estado enferma. Sus reglas aparecieron á los 14 años y se casó á los 24. Ha tenido dos partos prematuros y un aborto. Ignora á qué atribuir la causa de ellos.

El primer parto prematuro fué á los ocho meses y el segundo á los siete; en ambos el niño nació muerto. Se puso en tratamiento específico aunque sin resultado, pues á los pocos meses se embarazó, abortando nuevamente. Sus padecimientos datan de esa época; continuamente ha vivido sufriendo agudísimos dolores en la región ovárica izquierda con exacerbación en la época de las reglas; tiene otros fenómenos del sindrome uterino, pero el principal es el mencionado; abundancia anormal de sus reglas.

Estado actual. — No se le encuentran rastros de sífilis; estado general, bueno.

Examen ginecológico. — Vulva y vagina bien, cuello duro y algo grande, orificio dilatado, matriz poco móvil, anexos del lado derecho normales; izquierdos: se nota un tumor de forma redondeada y del tamaño de

un limón, es adherente, muy sensible y parece formar cuerpo con el útero, éste, se encuentra en posición, el histerómetro da 8 centímetros y sangra con mucha facilidad.

Diagnóstico. — Metritis hemorrágica. Hidro ó hémato salpinx izquierdo.

Tratamiento. — Raspado previo. La endometritis se cura, pero el tumor del lado izquierdo no se modifica, como tampoco los síntomas dolorosos de esa región. Se interviene por la vía abdominal. Útero en posición; en el lado izquierdo, é íntimamente adherido á este órgano, se encuentra un tumor de la misma forma que el útero; se trata de desprenderlo y aislarlo, consiguiéndose esto con poco trabajo, se trae al borde de la herida y se secciona á termo-cauterio. La forma, consistencia y coloración hacen sospechar se trata de un embarazo tubario ó un hémato salpinx; secciónase con el bisturí y se ve que el contenido es sangre coagulada. El ovario estaba incluído en dicho tumor y con adherencias que lo envolvían, formando un solo cuerpo.

No hay accidentes post-operatorios; sale de alta curada el 8 de Agosto.

En en el mes de Noviembre la enferma se presenta al Consultorio muy contenta, pues se halla embarazada.



Hidro-salpinx

XXVII

(Después de 15 días en alcohol)

(Prins)

Hidro Salpinx

Nº XXVII

Elvira B., 22 años, argentina, soltera. Ingresó el 12 de Julio de 1895.

Antecedentes hereditarios. — La madre murió tuberculosa y el padre de una afección cardíaca.

Antecedentes individuales. — Fiebre tifoidea y fiebre intermitente. Regló á los 12 años; hace tres años adquirió una vaginitis específica con endometritis, siendo atendida en el Hospital Rivadavia. A los seis meses tuvo igual afección acompañada de cistitis aguda, siendo operada en el mismo hospital, (raspado). Poco tiempo después comenzó á sentir dolores continuos en la región ovárica, habiendo tenido dos accesos al parecer de pelvi-peritonitis. La menstruación se hizo dolorosa é irregular; abundante leucorrea. Todos estos síntomas fueron sucesivamente aumentando de intensidad, hasta motivar su ingreso á este Hospital.

Estado actual. — Endometritis y metritis crónica. Útero en posición. Trompa izquierda dilatada, del tamaño de un huevo de gallina, ovario grande y sensible y en ligero prolapso. Anexos derechos no se aprecian.

Diagnóstico. — Hidro-salpinx y ovaritis crónica.

Operación. El 23 de Julio. Raspado previo. Laparotomía. La trompa izquierda forma un hermoso tumor quístico y el ovario por debajo de ella adherido y poliquístico del tamaño de un limón. Ambos órganos tienen muy pocas adherencias, de tal manera que su extracción es fácil. Anexos derechos sanos.

Tiempo de la operación, 35 minutos. La enferma se levantó á los 12 días y fué dada de alta á los 14.

Ovaritis escleroquística

Nº XXVIII

Pacífica G., 22 años, casada, italiana. Entró el 6 de Julio de 1895.

Ignora antecedentes hereditarios. No hay antecedentes individuales. Regló á los 14 años y se casó á los 16. Ha tenido dos hijos, un parto prematuro y un aborto. En su tercer embarazo, sintió grandes dolores en la región ovárica izquierda; estos dolores continuaron, acelerándose el parto y expulsando un niño muerto, de 8 meses. Durante el puerperio tuvo fiebre y se levantó á los 18 días. Poco tiempo después y á pesar de continuar el dolor en la región ovárica, se embarazó nuevamente, abortando á los 3 meses. Se levantó á los 5 días y al poco tiempo se vió en la necesidad de guardar cama por los violentos y agudos dolores en la región de ambos ovarios á manera de crisis neurálgicas. Púsose en asistencia con el Dr. Pita, quien le aconsejó ingresara al Hospital por necesitar una operación.

Estado actual. — Vulva y vagina normal, cuello en el eje de la vagina, sensible; útero movible, doloroso á la presión. Anexos derechos: trompa ligeramente aumentada de volumen y dolorosa, ovario grande,

sensible. Anexos izquierdos: trompa normal, ovario grande, caído en prolapso ocupando el fondo de saco posterior.

Diagnóstico. — Metritis y ovaritis crónica.

Operación. — El 25 de Julio. Raspado previo. Laparotomía. Útero en posición. Anexos libres de adherencias. El ovario izquierdo está grande, poliquístico, escleroso; se extrae, dejando la trompa izquierda y los anexos del lado derecho por no considerarlos muy afectados.

Tiempo de la operación, 30 minutos.

No hay accidentes post-operatorios. A los 8 días se sacan los hilos y á los 12 se levanta. Sale de alta el 8 de Agosto. En el mes de Diciembre hemos visto á la enferma y nos manifiesta seguir bastante bien, pues el dolor en el lado izquierdo había desaparecido, quedándole solamente alguna molestia que le aparecía en la época de las reglas, la que se localizaba en el lado derecho.

Peri-metro Salpingo-ovaritis

Nº XXIX

Crecencia S. de A., 22 años, casada, argentina. Ingresó el 28 de Junio de 1895.

Antecedentes hereditarios. — La madre padeció siempre del vientre; el padre murió de una enfermedad al hígado. Regló á los 17 años, pero desde la primera época, revistieron un carácter dismenorreico. Se casó á los 15 años. Ha tenido dos hijos y dos abortos.

Su actual enfermedad data del último aborto; las reglas constituían verdaderas crisis con abundantes pérdidas, se presentaban acompañadas de dolor en las caderas y piernas, abultamiento del abdomen, vómitos, etcétera. Ingresó á un hospital para su curación, donde se le efectuó un raspado; salió algo mejorada, pero al mes siguiente reaparecieron los primeros síntomas con mayor intensidad, resolviendo ingresar á este Hospital.

Estado actual. — La enferma guarda cama casi todos los días por los dolores que á cada momento la invaden, la menor exploración ó curación es seguida de exacerbaciones que la hacen sufrir atrozmente.

Examen. — Útero poco móvil, sensible; anexos sumamente dolorosos, lo que hace el examen muy difícil, y

que el diagnóstico sea más bien dado por la apreciación de los síntomas racionales; la tensión de las paredes abdominales contribuye á limitar el examen.

Al Speculum. — Aparece el cuello pequeño de coloración violácea y dejando escapar de su orificio un flujo bastante abundante. Posición normal del útero. Histerometría, 7½ centímetros.

Diagnóstico. — Metro salpingo-ovaritis.

Tratamiento. — Raspado previo. Laparotomía. Útero en posición, anexos de ambos lados formando un empastamiento uniforme é incluídos en el ligamento ancho. Las adherencias son desprendidas con dificultad; abundante hemorragia. Ambas trompas se encuentran afectadas de salpingitis parenquimatosa con el pabellón obstruído y el ovario atacado de degeneración escleroquística.

Se hace la ooforo-salpingectomía.

Día 1° de Agosto.—Temperatura normal, vómitos y dolor á la región operada.

Día 2.—Mañana, 37°8, pulso 80, han disminuído los vómitos, mucha sed. Tarde, 37°6. dolores generalizados en el abdomen.

Día 3.—Mañana, 37°, los dolores han disminuído; por la tarde 37°8.

Día 4.—Temperatura normal.

Día 5.—Mañana, 38°, pulso frecuente, 95 pulsaciones, timpanismo abdominal. Tarde 38°, mismo lado.

Día 6.—Mañana, 39°6, pulso 110, mucha sed, se le administra un sello de 0.40 centígramos de quinina y un purgante de aceite ricino, Tarde 38°, pulso 90.

A partir de este día, la fiebre desaparece, pero á los diez días y cuando la enferma estaba curada de su herida abdominal, pues hasta los hilos se le habían ya extraído, volvió á tener fiebre, llegando hasta 39 8 y adoptando un tipo intermitente. Se le trató con quinina y á los 20 días se encontraba bien.

Sale de alta el 28 de Agosto.



Hidro-salpinx

XXX

(Prins)

Hidro Salpinx

Nº XXX

Ramona E., 36 años, viuda, española, cocinera. Ingresó al Hospital el 29 de Julio.

No hay antecedentes hereditarios ni personales. Regló á los 14 años con muchos dolores, pero poco tiempo después se regularizó la menstruación. Se casó á los 22 años. Se embarazó y tuvo un parto fisiológico.

Sus padecimientos empezaron hace 5 años con un dolor fijo y persistente en la región sacra que se irradiaba hacia el lado izquierdo, y que aumentó progresivamente hasta hacerse poco menos que intolerable, pues llegó á impedirle toda clase de trabajo. En este estado ingresó al Hospital.

Examen. Desgarradura perineal, vagina amplia, cuello grande en posición lo mismo que el cuerpo del útero; éste está móvil y da el histerómetro 7 centímetros; fondos de saco, anterior indoloro, aunque poco depresible, lateral izquierdo poco sensible, se palpan los anexos con dificultad, pero no están afectados; fondo de saco posterior muy doloroso, resistente, alojando un tumor del tamaño de un puño, tenso, resistente, de consistencia líquida; en el fondo de saco lateral derecho, no se notan los anexos, lo que hace sospechar

que este tumor los haya englobado ó sea constituído por ellos.

Diagnóstico. — Hidro-salpinx derecho.

Operación. — El 3 de Agosto. Útero en ligera anteversión, empujado hacia adelante por el tumor que ocupa el fondo de saco de Douglas. Este tumor es netamente fluctuante, de paredes tensas, lisas, sin adherencias y tenue hasta el punto de que se teme estalle entre las manos del operador al levantarlo para su extirpación. Se halla ocupando por completo el fondo de saco de Douglas, de donde ha desalojado todos los demás órganos; á pesar de no tener adherencias, su extracción es difícil por no poder introducir la mano para insinuarse y levantarlo. La tenuidad y tensión de las paredes impiden hacer tracciones violentas por temor de su ruptura y á pesar de que es casi seguro que sea aséptico, hay interés en extraerlo íntegro.

Con suavidad y paciencia se le va haciendo avanzar hacia la superficie de la herida, lo que es dificultado por el fondo de saco que se le adhiere como una ventosa. Por fin, se le invierte luxándolo y entonces asciende con facilidad. Se liga el pedículo en cadena y se le extirpa. Duración, cincuenta minutos.

Como se verá en la pieza adjunta que le representa en tamaño natural, se trata de un hermoso hidro-salpinx, con una forma que semeja la del estómago y encerrando en su interior cerca de cuatrocientos gramos de líquido, transparente y ligeramente citrino.

La enferma no tiene novedad, se levanta á los 12 días y sale de alta el 22 de Agosto perfectamente curada.

Quiste glandular en ambos ovarios

Nº XXXI

Angelina D., 33 años, casada, francesa, cocinera. Ingresó el 1º de Agosto de 1895.

Antecedentes hereditarios. — Sus padres viven y son sanos.

Antecedentes individuales. — Ha tenido dos veces fiebre tifoidea. Regló á los 14 años, siendo éstas indoloras, pero que sólo le duraban dos días escasos. A los 20 años se casó; tuvo tres hijos.

Hace nueve años del último parto; pero su enfermedad data de cuatro años.

Notó un pequeño bulto como una naranja en el lado izquierdo, en el lugar correspondiente á los anexos; este tumor era indoloro y crecía paulatinamente sin motivarle la más mínima incomodidad; hace como cuatro meses empezó á crecer con rapidez hasta llegar á proporciones extraordinarias que le imposibilitaban de poder caminar.

Resolvió ingresar al Hospital, aconsejada por su médico.

Examen. — Pared abdominal enormemente distendida por el líquido ascítico; en su interior se palpa á la

derecha un tumor que se aprecia confusamente. Por el lado vaginal se nota que los fondos de saco están borrados por la presión del tumor y el útero pequeño y rechazado contra la sínfisis. Con la palpación bimanual se observa que el útero y el tumor forman cuerpo.

Diagnóstico. — Quiste del ovario.

Operación. — El 8 de Agosto de 1895. Laparotomía. Abierto el abdomen por una incisión de cerca de 12 centímetros á dos traveses de dedo por encima del pubis se extraen como diez litros de un líquido citrino y aparece en la excavación pelviana, un tumor como la cabeza de un adulto, rugoso, de coloración nacarada y de forma redondeada. Dicho tumor ha establecido adherencias con todos los órganos que le rodean, como ser paredes pelvianas, útero é intestinos.

Como el tamaño del tumor era bastante considerable para poder extraerlo por la abertura abdominal, una vez desprendidas las adherencias y dada la consistencia líquida, se punza y se extrae de su interior cerca de un litro de un líquido coloide. Facilítase con esto el desprendimiento y se extirpa en su gran mayoría, dejando algunas porciones que se encontraban adheridas al intestino, por temor de lesionar éste.

Las paredes restantes del quiste y que estaban íntimamente adheridas al útero se suturan.

Del lado derecho se descubre otro tumor, más voluminoso que el precedente, la extirpación de éste es más fácil por contener menos adherencias, y se consigue después de poco trabajo extirparlo íntegro.

Las dos piezas que se conservan representan dos

quistes glandulares de ambos ovarios. La enferma sólo tuvo un día de 38 , marchando después rápidamente á la curación. A los 14 días se levantó y salió de alta el 29 de Agosto perfectamente curada.

Se dirigió al Rosario donde reside.

Salpingo-ovaritis

Nº XXXII

Miquelina G., 38 años, casada, italiana, costurera, entró al Hospital el 11 de Agosto de 1895.

Mujer de constitución robusta y tipo varonil, ha sido siempre sana, regló á los 16 años y el sub-siguiente se casó. En el intervalo de 8 años tuvo cuatro partos fisiológicos y un aborto, á consecuencia del cual quedó un poco enferma, principiando á sentir los síntomas del sindrome uterino, después enviudó, y á los 6 años contrajo nuevamente matrimonio; tuvo otros dos hijos, pero siempre continuaba con las mismas molestias del lado de la matriz, llegando estos á exacerbarse á consecuencia de un aborto y quedando afectada de endometritis post-abortum, cuya enfermedad se le curó con un raspado. Cinco meses después ingresaba al Hospital por haber aumentado sus sufrimientos.

Síntomas que presenta en la actualidad.—Dismenorrea, intenso dolor en las caderas que le impiden agacharse, neuralgia lumbar del lado izqnierdo, propagación dolorosa hacia toda la pierna del mismo lado, dolor violento á la defecación, timpanismo abdominal.

Examen.—Utero en retroversión poco móvil; fondo

de saco posterior ocupado por un tumor globuloso del tamaño de un durazno, ligeramente doloroso; tensión de las paredes abdominales.

Diagnóstico.—Prolapso del ovario izquierdo: ovaritis.

Laparotomía.—El 7 de Setiembre se confirma el diagnóstico. Despréndense algunas adherencias retro uterinas, hasta dejar libre y en posición el útero. El ovario izquierdo conjuntamente con la trompa se encuentran ocupando el fondo de saco posterior, sujetas por bridas peri-uterinas; el desprendimiento de estos órganos da bastante sangre que se cohibe por la espongipresura. La trompa está afectada de inflamación crónica, gruesa y tortuosa, su pabellón íntimamente adherido al ovario; éste se encuentra del tamaño de una nuez con peri-ovaritis, quistes serosos y hemáticos; se hace la extirpación. Los anexos del lado derecho están mucho menos afectados; la trompa asiento de una salpingitis catarral con su pabellón y franjas libres y el ovario un poco aumentado de volumen; hay algunos quistes serosos, placas de peri-ovaritis y restos de ovario sano. Practicóse la ignipuntura.

Consecuencias operatorias buenas.

A los doce días fué atacada de una *poussé* de reumatismo crónico en ambas piernas, obligándole á guardar cama por espacio de 28 días. Al cabo de ese tiempo se levantó siguiendo el tratamiento de salicilato de sodio y ioduro, consiguiendo mejorarse y salir de alta el 5 de Noviembre. La enferma se fué al campo. A los 3 meses la hemos vuelto á ver y comprobado que se encuentra

relativamente bien; del lado izquierdo han desaparecido todas las incomodidades, teniendo actualmente un ligero dolor en la pierna derecha que se extiende en todo el trayecto del nervio ciático.

¿Será esto una reliquia del reumatismo ó estará mantenido por la lesión ovárica, tal vez exacerbada con la ignipuntura? Creemos más lógico lo primero; por ahora está nuevamente en tratamiento antireumático y continúa viniendo al Consultorio.



Salpingo-ovaritis

XXXIII

(Prins)

Salpingo-ovaritis

Nº XXXIII

Leonor E., 22 años, casada. francesa.

Ingresó el 1º de Agosto de 1895.

No hay antecedentes hereditarios ni individuales.

Las reglas aparecieron á los 14 años, de tipo fisiológico. Contrajo matrimonio á los 20, adquiriendo á los pocos días de casada una blenorragia y ocho meses después tuvo un aborto de seis meses.

Quedó enferma á consecuencia de éste, y cuando se levantó, sintió un fuerte dolor en las caderas, abundante flujo y dolor en la región de los anexos derechos.

Desde esta época continuó siempre enferma, y en vista de que sus padecimientos aumentaban ingresó al Hospital.

Examen.—Vulva y vagina normales, rasgadura perineal, cuello en posición, consistencia y tamaño normal. Utero en posición, movimientos limitados por las adherencias que lo detienen del lado derecho.

Histerometría 8 centímetros, fondo de saco anterior libre é indoloro, posterior algo sensible sin que se alcance á tocar nada; lateral derecho borrado, muy sensible, percibiéndose un tumorcito del tamaño de una

nuez que sigue los movimientos del útero: por encima de él parece sentirse un cordón grueso y doloroso á la presión, pero cuyos contornos no se aprecian; lateral izquierdo, ovario aumentado de volumen, sensible, trompa libre y poco afectada.

Diagnóstico.—Metritis; salpingo-ovaritis.

Operación.—El 7 de Setiembre. Raspado previo en la misma sesión. Laparotomía. Utero en posición. Anexos derechos: trompa gruesa flexuosa y poliquística, con peri-salpingitis y adherencias al ligamento ancho. Despréndensen ambos órganos y se aislan á costa de mucho trabajo y mucha sangre, hasta poder colocar la pinza-clamp para ligar en cadena y seccionarlos á termo cauterio. La pieza que se conserva es notable como lesión anátomo-patológica.

Los anexos izquierdos se libraron de sus adherencias y al ovario escleroquístico se le hizo ignipuntura.

No hubo accidentes ni complicaciones ulteriores. La enferma salió de alta curada el 5 de Octubre.

Quiste seroso del ligamento ancho

Nº XXXIV

Severa T., 43 años. Ingresó en el Hospital el 22 de Agosto. Ignora de qué murieron sus padres. Ha sido siempre sana. Regló á los 11 años, tipo fisiológico, casóse á los 14, y nunca ha tenido familia ni aborto.

A los 5 años de casada adquirió una blenorragia conservando después un flujo algo amarillo, con ligero dolor en la región ovárica izquierda, que fué aumentado progresivamente. A su llegada á Buenos Aires, era bastante intenso y le impedía caminar derecha. Concurrió al Consultorio externo de este servicio donde se le indicó la necesidad de que ingresara á la Sala por necesitar una operación.

Examen.—Vagina ampia, cuello grande congestionado, con huevos de Nabot, orificio cervical externo estrechado hasta el punto de dar paso apenas á un estilete muy fino; útero grande en posición. Fondo de saco anterior y lateral derecho depresibles é indoloros, no se aprecia nada de anormal. Posterior y lateral izquierdo dolorosos, tensos, alojando un tumor del tamaño de un puño.

Diagnóstico.—Quiste del ovario izquierdo.

Operación el 10 de Setiembre.—*Laparotomía.* En el lado izquierdo del útero, se encuentra un tumor de paredes tensas é íntimamente adherido á la excavación pelviana; explórase minuciosamente y se ve que se trata de un quiste del ligamento ancho.

Iníciase el desprendimiento de las adherencias, fuertes y extensas, que sangran bastante al ser desgarradas; algunas se cortan previa ligadura. Continúase en esta labor por más de una hora y media, hasta que en vista de la absoluta imposibilidad de poderlo enuclear y dado el tiempo transcurrido se resuelve punzarlo con un trócar para evacuar el contenido; sale más de medio litro de líquido claro y transparente.

Secciónase la parte de la bolsa aislada, sutúranse los bordes del quiste con seda, se hace la *toilette* de la región con esponjas esterilizadas y se cierra la pared abdominal. Tiempo de la operación 2 horas. No hubo reacción febril. Los dolores en el lado izquierdo continuaron algunos días, aunque no tan intensos; sale de alta el 20 de Octubre muy mejorada.

En el mes de Diciembre vuelve nuevamente al Consultorio externo quejándose de los mismos dolores. Al examen parece que el tumor ha vuelto á reaparecer. Trátase por el masaje abdominal y ioduro de potasio al interior.

Actualmente sigue bastante mejorada.

Retroflexión adherente.— Splenomegalia flotante

Nº XXXV

María J., 47 años, casada, italiana. Entró al Hospital el 23 de Setiembre de 1895.

Antecedente hereditario.—La madre murió á los 50 años de cáncer uterino.

Antecedentes individuales.—Fué siempre sana. Ha tenido cinco hijos que le viven, un aborto, y últimamente un parto gemelar; nunca se ha sentido enferma y sólo recuerda haber tenido como única incomodidad un dolor lento de caderas que solía presentarse á largos intervalos.

Hacen tres años que desaparecieron sus reglas y ella hace partir de esta época toda su enfermedad.

Conjuntamente con la menopausa comenzó á engrosar de una manera alarmante, hasta el punto que, en el espacio de un año aumentó en peso cerca de 15 kilos; en seguida volvió á ponerse delgada, notando que su abdomen permanecía estacionario. Por esta época tuvo un acceso de pelvi-peritonitis que la postró por varios días en cama. Al mismo tiempo que notaba estas modificaciones en su organismo se inició en ella un

sufrimento vago, indeciso, difícil de explicar pero que lo determina con la siguiente expresión: «sensacion de calor y ardor interno» y un principio de inapetencia que llegó hasta la anorexia, pues todo le repugnaba, provocándole la vista sólo del alimento náuseas y ardor en el estómago. Estos sintomas en parte se modificaron conservando un dolor de cabeza bastante tenaz y sensación de ardor estomacal.

Este cuadro sintomático de por sí vago y poco ilustrativo le producía tal molestia que manifestaba no poder á veces conciliar el sueño por este continuo malestar localizado últimamente en el abdomen, y al que se agregaba dolor de caderas persistente, constipación y flujo abundante. Al examen notamos que el cuello del útero y los fondos de saco vaginales estaban con una coloración rojo intensa, motivada por la irritación de un abundante flujo muco-purulento que salía del orificio cervical.

El útero se encontraba en retroflexión adherente, los anexos no se apreciaban, pero á la exploración bimanual notamos en la fosa ilíaca izquierda y próxima á la región de los anexos, un tumor, del tamaño de una cabeza de feto, redondeado, duro, algo móvil, indoloro que parecia tener conexión con el ovario.

Interrogada la enferma si ella había notado ese tumor, manifestó que sí, que haría más ó menos dos años y que había ido creciendo muy lentamente. El tumor se encontraba pues en la fosa ilíaca izquierda y dado su tamaño hacía creer que fuera ó bien un quiste del ovario rechazado por los demás órganos un

poco hacia arriba, ó bien un quiste del riñón. La exploración de los demás órganos no ilustró el diágnóstico.

Sin diagnóstico preciso del tumor y en la creencia que los fenómenos que acusaba pudieran modificarse sin intervención cruenta por la vía abdominal, se resolvió hacer el enderezamiento forzado de la matriz conjuntamente con su raspado.

Poco tiempo despues los síntomas que se notaban del lado de la matriz se modificaron, pero el principal padecimiento de la enferma continuaba hasta el punto que la indujeron á solicitar de nosotros una intervención radical.

La operacion se efectuó el 24 de Setiembre. Incisión de 10 centímetros en la línea media á tres traveses de dedos por encima del pubis.

Abierta la cavidad abdominal insinúa el operador su mano hacia el punto donde se encontraba el tumor, y atrae con facilidad hacia los bordes de la herida, un tumor oscuro, aplanado: la región donde se encontraba y el color y consistencia hizo creer desde el primer momento que se trataba de un riñón flotante. pero una exploración más minuciosa puso de manifiesto que no era precisamente el riñón por encontrarse este debajo bastante atrofiado.

¿Qué otro órgano podía ser? Sólo el bazo sumamente hipertrofiado, lo que se comprobó introduciendo el brazo en el abdomen y confirmando que este órgano había descendido hasta la fosa ilíaca; el ligamento gastro esplénico ejercía una tracción suave sobre el

estómago. El peso aproximado que tenía dicho órgano sería de 1500 gramos.

En presencia de este resultado imprevisto tratamos de elevar el bazo á su posición primitiva sin tratar de hacer la esplenopexia, de resultados tan problemáticos, y dirigimos la exploración hacia el útero y sus anexos; estos se encontraban bien, pero con algunas adherencias al suelo pelviano y el útero en retroflexión adherente: las bridas fueron desprendidas hasta dejarlo libre y en posición.

Hubiéramos deseado hacer la splenectomía pero, la voluntad de la paciente, por un lado, que no había sido consultada para una intervención de esta naturaleza; la estadística bastante seria con treinta y tantos por ciento de mortalidad por otro lado, nos hicieron desistir de este intento; además nos quedaba la observación del caso para poder apreciar con exatitud si todos los síntomas que presentaba obedecían á esta dislocación visceral, ó si tenían alguna relación con la afección uterina que corregimos.

La enferma no presentó accidente ni complicación de ninguna clase y á los 18 días salió de alta.

Ha venido despues al Consultorio y la estamos tratando por el licor de Fowler, á dosis progresivas hasta llegar á 40 gotas. En la fecha la enferma sigue relativamente bien, sin que su padecimiento haya aumentado en proporciones de reclamar una intervención tan grave como la splenectomía.

Ooforo Salpingitis

Nº XXXVI

Carmen B., 45 años, italiana. Ingresó al Hospital el 12 de Octubre de 1895.

Regló á los 14 años, menstruación de tipo fisiológico. Casóse á los 28 años.

Ha tenido cinco embarazos á término y cuatro abortos.

En el último parto tuvo fiebre y permaneció en cama 13 días; al levantarse sintió un fuerte dolor en la región de la trompa izquierda y desde entonces comenzó á sentirse enferma, apareciéndole flujo blanco y dolor en el coxis que le imposibilitaba agacharse. Se puso en tratamiento médico consiguiendo mejorarse; meses después se encontraba embarazada, pero á los tres meses y sin causa justificada abortó, volviendo á presentarse los primeros sufrimientos y el dolor en la región ovárica izquierda que se propagaban hacia el lado derecho. La enferma ingresó al Consultorio: se diagnosticó metritis, salpingo-ovaritis izquierda; ovaritis derecha. Se le aconsejó viniera al Consultorio para practicarle curaciones, tratamiento antiflojístico, tapones modificadores. Continuó así cerca de dos meses, pero en vista de no encontrar ningún alivio y viéndose molestada por

los continuos dolores que no la dejaban tranquila un momento, y alterado su carácter, resolvió ingresar al Hospital para ser operada.

Examen.—Vulva y vagina de multípara, cuello rugoso como si hubiera sido amputado, consistencia dura, útero en ligera retroflexión, poco móvil; fondos de saco depresibles; lado derecho ocupado por el ovario, que está grande, irregular, movible, muy doloroso; lado izquierdo: trompa y ovario formando un solo tumor del tamaño de un huevo, bastante sensible á la menor presión y muy poco movible.

Al Speculum.—Se observa el cuello en posición y el orificio cervical deja salir un tapón albuminoso espeso y adherente. *Histerometría* 7 y $\frac{1}{2}$ centímetros.

Operación, el 22 de Octubre.—Raspado previo. *Laparotomía.* Útero envuelto en algunas bridas periuterinas que se desgarran con facilidad.—Anexos izquierdos libres, pero la trompa y el ovario se hallan formando un solo cuerpo; hay adherencias íntimas entre ambos órganos; la trompa está gruesa y flexuosa, el pabellón adosado al ovario, éste está del tamaño de una nuez con degeneración escleroquística.

Anexos derechos: libres también, el ovario está del mismo tamaño del anterior, con multitud de quistes serosos y hemáticos; la trompa se encuentra afectada de salpingitis catarral. Se extirpa el ovario derecho y la trompa y ovario izquierdo. No hay reacción febril y la enferma sale de alta el 7 de Noviembre de 1895. Conserva algunos dolores en las fosas ilíacas.

Poco tiempo después vuelve al Consultorio queján-

dose de fuertes neuralgias pelvianas; se le instituye tratamiento anti-reumático y masaje; consigue aliviarse pero le reaparecen verdaderas gastralgias, que se le repiten cada tres ó cuatro horas. Se le administró cocaina y bicarbonato de soda; actualmente toma agua saturada de cloroformo, manifestando encontrarse muy aliviada. Sigue en observación en el Consultorio.

Retroflexión adherente.—Salpingo-ovaritis

Nº XXXVII

María de G., 25 años, casada, austriaca. Ingresó al Hospital el 8 de Noviembre.

Antecedentes.—La madre murió tuberculosa, ella ha sido siempre sana.

Regló á los 14 años y se casó á los 22. Al año siguiente se embarazó pero no llegó á término, alumbrando á los 8 meses, á consecuencia según ella de una fuerte emoción. Desde entonces quedó enferma, apareció leucorrea abundante, dolor en todas las caderas, menstruación dolorosa y excesiva.

Se puso en tratamiento con varios facultativos quienes le practicaron dos raspados, pero sin resultado alguno, porque sus padecimientos no disminuían. Consultó á un especialista quien le manifestó necesitaba una intervención operatoria grave y de resultados dudosos.

Estado actual.—Mujer de buena constitución, bien nutrida, se queja de fuertes dolores de cabeza á manera de jaquecas, acompañados de crisis gástricas que vienen siempre precedidos de un fuerte dolor que nace de la fosa ilíaca izquierda, dolor de cintura, propagación

á todos los huesos de la pelvis como también á los muslos hasta la rodilla: ardor y sensación de quemadura en el hipogastrio. constipación y tenesmo vesical.

Examen.—Vulva y vagina normales, cuello grande de consistencia blanda, útero en retroflexión 1er grado, visible á la palpación bimanual y bastante fijo. Anexos izquierdos: se aprecian confusamente por impedirlo la tensión de las peredes abdominales. Derechos: Alcánzase á percibir la trompa, gruesa y dolorosa, el ovario está muy sensible y adherido al cuerpo del útero.

Al Speculum.—Se comprueba la posición del útero, del orificio cervical sale abundante cantidad de flujo muco-purulento.

Diagnóstico. — Metritis crónica, retroflexión adherente salpingo-ovaritis.

Se le propone la extirpación de los órganos enfermos y el raspado del útero. Tanto el esposo como ella consienten y después de habérsele explicado los resultados y consecuencias de la operación, se resuelve operarse siempre que se le deje un ovario, pues desea á toda costa tener familia.

Operación, el 9 de Noviembre. — Raspado previo. Laparotomía. Desprendimiento de los exudados perimetríticos que retienen el útero en retroflexión: trompa y ovario izquierdos: la primera afectada de salpingitis parenquimatosa con el pabellón obstruído y globuloso; el segundo con una lesión escleroquística.

Se le extirpan ambos órganos aislados de las adherencias que los retienen.

Anexos derechos: Ovario poliquístico. trompa con

una lesión igual á la del lado izquierdo con obstrucción del pabellón. La lesión de ambos órganos justifica su extracción, pero ajustándonos á lo convenido con el esposo, se libran ambos órganos de los exudados que los envuelven, haciendo la ignipuntura de los quistes.

No hay accidentes consecutivos á la operación. La enferma sale de alta á los 27 días bastante mejorada. Se ausentó á su provincia después de haberle indicado un régimen apropiado. Hemos sabido después que continuaba con algunos dolores localizados en el lado derecho, pero perfectamente soportables.

Quiste tubario

Nº XXXVIII

María E., 25 años, viuda, española. Ingresó al Hospital el 25 de Octubre de 1895.

Antecedentes hereditarios é individuales: buenos; regló á los 14 años y contrajo matrimonio á los 20. Año y medio después tuvo su primer parto que se hizo en condiciones normales; después tuvo otro hijo y enviudó. Hace como un año notó que el abdomen le parecía abultado, á lo que no dió importancia. De vez en cuando sentía ligeros dolores al hipogastrio y leucorrea poco abundante.

De tres meses á esta parte, el vientre aumentó de volumen, junto con las molestias que esto le ocasionaba, razón por la cual consultó un facultativo, que le diagnosticó tumor del abdomen, aconsejándole viniese á Buenos Aires para ser operada.

Examen.—Abdomen abultado como si alojase un útero en gestación al 5º mes. En la región hipogástrica se nota un tumor del tamaño de una cabeza de adulto, algo inclinada hacia el lado izquierdo, resistente é indoloro. A la palpación bimanual, acompaña los movimientos del útero, encontrándose éste en látero-desviación derecha.

Dicho tumor hace prominencia en el fondo de saco lateral izquierdo, recibiéndose la impresión de ser un tumor quístico de paredes poco espesas. A la palpación bimanual, cuando se mueve el útero, por presión sobre el abdomen se percibe movimiento de desplazamiento del cuerpo del útero, pero estos faltan cuando se provoca el movimiento de izquierda á derecha.

El útero se encuentra en ántero-látero-flexión derecha, el histerómetro da 7 centímetros.

Dignóstico.—Quiste unilocular del ovario. Laparotomía el 10 de Noviembre. Incisión de 12 centímetros; aparece el tumor de paredes tensas y con multitud de adherencias á los intestinos. Despréndense algunas de estas y con el objeto de abreviar y facilitar su extracción, se punza con el trócar grueso, saliendo cerca de dos litros de un líquido negruzco y espeso. Una vez vaciado, colócase una pinza-clamp en el orificio de salida, se le liberta con facilidad de todas las adherencias, hasta pediculizarlo en el cuello uterino, y se le extrae. El ovario se encontraba incluído en el espesor de la pared del quiste.

Diagnóstico anatómico.—Quiste tubario.

El análisis del contenido dice así: Densidad 1010. albumina °/₀ 12 gramos—contiene hemoglobina y urobilina. Al microscopio, glóbulos rojos, leucocitos escasos, detritus restos de pigmento sanguinoso. La enferma no presentó reacción febril, ni accidentes de ninguna clase. Salió de alta el 27 de Noviembre radicalmente curada.

Retroflexión adherente. — Metro Salpingo-ovaritis

Nº XXXIX

María G., 42 años, española, cocinera. Ingresó al Hospital el 4 de Noviembre.

Antecedentes: El padre murió de una afección renal, — la madre es reumática; regló á los 16 años y se casó á los 19. A los 4 meses de casada recibió un golpe en las caderas, á consecuencia del cual sufrió muchos dolores á la región sacra y al hipogastrio; la defecación era sumamente dolorosa. Por esta misma época adquirió una infección blenorrágica, de esto hacen unos 22 años, y desde entonces ha continuado teniendo flujo blanco con alternativas en su cantidad y coloración. Los dolores que sentía en el hipogastrio se fueron extendiendo hasta localizarse en el lado izquierdo, en cuya región actualmente la sensibilidad es excesiva.

La enfermedad la postró y se vió en la necesidad de guardar cama; una vez mejorada, ingresó al Hospital.

Al examen se comprueba: vulva y vagina de multípara, cuello pequeño, duro; útero en retroflexión adherente, sensible, fondos de saco borrados y con cordones ó bridas, restos de antiguas perimetritis. No

siendo posible hacer la exploración de los anexos por esta vía, se hace el tacto rectal: el útero está caído haciendo presión sobre el recto; los anexos izquierdos, se encuentran rodeados de adherencias y fijos al cuerpo uterino; del lado derecho sólo se aprecia el ovario algo sensible y aumentado de volumen.

Diagnóstico. — Retroflexión adherente con metro-salpingo-ovaritis.

Operación, el 12 de Noviembre. — Laparatomía. Desprendimiento de los exudados que retienen el útero en retroflexión hasta conseguir reponerlo; lo mismo se hace con los anexos derechos, cuya trompa se encuentra poco afectada y el ovario con algunos quistes serosos. Los anexos del lado izquierdo se desprenden y se aislan; la trompa está gruesa, flexuosa, y con el pabellón obstruído, el ovario está afectado de degeneración escleroquística. Se extraen.

Como el útero se mantiene y conserva en posición, se resuelve no hacer la histeropexia.

No hay accidentes post-operatorios. El cuadro térmico marca sólo el 2° día 38°. Sale de alta el 18 de Diciembre. Le aconsejamos ingresara después de fortificarse un poco para practicarle un raspado.

———

Quiste hidatídico supurado del hígado

Nº XL

Teresa C., 50 años, casada, italiana. Ingresó al Hospital el 1º de Diciembre de 1895.

Antecedentes. — La madre murió de asma, el padre vive y es sano. En su juventud nunca ha estado enferma. Regló á los 16 años y se casó á los 24. Ha tenido ocho hijos y un aborto.

Hace como cinco años que empezó á sentir dolores lentos y frecuentes, localizados en la región hepática; se puso en tratamiento médico pero éstos no cedieron. Hace dos años que notó en la región del epigastrio un pequeño tumor, indoloro, y que creció lentamente: se hizo ver por otro facultativo, quien le dijo necesitaba una operación; la enferma no se decidió entonces, pero viendo que el tumor crecía diariamente, resolvió operarse. Vista en consulta con los doctores Larrosa, Milone y Zárate, se diagnosticó quiste hidatídico del hígado y se instituyó como tratamiento, la curación radical por la laparotomía.

Se le aconsejó ingresara al Hospital donde sería operada con todas las comodidades que esta clase de intervenciones requerían.

La enferma ingresó el 1° de Diciembre.

Examen. — Tumor voluminoso ocupando el hipocondrio derecho y epigastrio, prominente, redondeado, mate á la percusión, sin vibración hidatídica.

Laparotomía. — Incisión en la línea media á tres traveses de dedos del apéndice xifoides; peritoneo parietal adherido á la pared del tumor, adherencias intestinales y epiploicas. — Pared del tumor de coloración nacarada con gruesas venas en su espesor. Se desprenden las adherencias del peritoneo parietal, para dar lugar á la colocación de compresas preservatrices de la cavidad abdominal. Punción con el trócar grueso, que da salida á un líquido purulento, espeso, tres litros más ó menos. Lávase con el irrigador á gran agua hasta que esta sale limpia, arrastrando las vesículas hijas; fíjanse con los clamps las paredes del quiste para proceder á la marzupialización, lográndose extirpar casi la mitad de la bolsa, terminado lo cual se suturan las paredes del quiste en el contorno de la herida abdominal, y se rellena con gasa esterilizada la cavidad.

La enferma evoluciona sin fiebre, saliendo de alta el 5 de Enero del corriente año, completamente curada.

Metro Salpingo-ovaritis

Nº XLI

Sara C., 22 años, soltera, argentina, costurera. Entró al Hospital el 23 de Noviembre de 1895.

Regló á los 12 años, siempre en cantidad abundante. durándole hasta quince días, revistiendo carácter dismenoirreico, con dolores intensos generalizados á todo el abdomen, y timpanismo abdominal; la época de menstruación no era regular, repitiéndose con frecuencia dos veces por mes. Desde muy niña ha tenido leucorrea (vaginitis específica).

En el mes de Julio del año pasado ingresó á un hospital para atenderse de su abundante flujo, dolores pelvianos, menorragias, etc. Allí fué operada en el mes de Setiembre de una hernia que le había aparecido hacía poco en la ingle izquierda, á consecuencia de un esfuerzo; la herida no cicatrizó y supuraba abundante y continuamente. En Diciembre del mismo año fué nuevamente operada en el mismo servicio y se le extrajo una compresa de gasa que había quedado olvidada en el vientre en la primera operación.

Cicatrizó la herida y salió de alta á fines de Diciembre del mismo año.

En el mes de Agosto del corriente año y en vista de no haber desaparecido su enfermedad, ingresó al Consultorio externo de nuestro servicio.—Se diagnosticó: Metritis crónica con elongación del cuello, endometritis intersticial, retroflexión, salpingo-ovaritis izquierda.

Prescribiósele un tratamiento antiflojístico, duchas vaginales, enemas, tapones con ictiol, glicerina y ioduro de potasio, irrigaciones intra-uterinas antisépticas; al cabo de tres meses de un tratamiento asiduo y constante, sólo se había conseguido disminuir el flujo y regularizar la menstruación, permaneciendo estacionaria su retroflexión, motivo de continuos sufrimientos al defecar, y su salpingo-ovaritis, por lo que se le aconsejó una intervención radical.

La enferma atemorizada por los sufrimientos de sus primeras operaciones, vaciló y se retiró de nuestro Consultorio, pero al poco tiempo volvió para ser operada.

Examen ginecológico.—Vulva de multípara; vagina algo irritada por el persistente flujo; cuello elongado, útero en retroflexión, doloroso, fijo, fondos de saco poco explorables y muy sensibles; en el lado izquierdo se nota un ovario y trompa bastante accesibles, el primero en prolapso, la segunda gruesa, ambos sumamente dolorosos; los anexos del lado derecho no se aprecian.

Operación, el 1º de Diciembre.—Raspado previo en la misma sesión con inyecciones intra-uterinas de tintura de iodo. Laparotomía. Útero caído y fijo en la excavación sacra, desprendimiento de las adherencias y reposición. Trompa y ovario izquierdos aumentados

de volumen formando cuerpo con el ligamento ancho éste muy espesado, adherencias con la S ilíaca, desprendimiento de estos, aislamiento de la trompa y ovario que se encuentran íntimamente soldados. Trompa del grosor del pequeño dedo, pabellón obstruído adosado al ovario, que está grande como un huevo de paloma con quistes múltiples, hemáticos y purulentos.

Extracción de ambos.

Trompa derecha de coloración rosada con quistes serosos en sus franjas adheridas á la albugínea del ovario; éste del tamaño de una almendra con quistes serosos. Desprendimiento de las adherencias de la trompa con el ovario é ignipuntura de los quistes.

Sale de alta curada el 28 de Diciembre.

Quiste hidatídico del hígado

Nº XLII

Genoveva M., 24 años, soltera, argentina. Entró el 5 de Diciembre de 1895.

Antecedentes hereditarios y personales buenos.

La historia de su enfermedad es como todas las de los quistes hidatídicos del hígado; comenzó hace tres años con la aparición de un tumor ó prominencia al nivel del estómago; al principio no le dió importancia, pero más tarde se iniciaron pequeños dolores sordos que se extendían á los dos hipocondrios.

Se puso en asistencia facultativa diagnosticándosele quiste del hígado. Ingresó al servicio recomendada por el Dr. Gutiérrez.

Operación, el 7 de Diciembre. — Laparatomía. Incisión de 7 centímetros en la pared abdominal y en el punto que hace mayor prominencia el tumor; punción con el trócar grueso, evacuación de un líquido cristalino como agua de roca. gran lavaje con el irrigador hasta eliminar las vesículas hijas. marzupialización de las paredes y sutura á los bordes de la herida abdominal. La cavidad se rellena con gasa esterilizada. Curaciones diarias. Al tercer día

el termómetro marcó 38° por la mañana, y á la noche 39° 6; la enferma no acusa dolores ni malestar. Al día siguiente 39° por la mañana. Se descubre la herida y se ve que algunos hilos de seda habían supurado produciendo una peritonitis parcial en los bordes de la herida. Noche 39° 6. Se continúa con la curación diaria. El sexto día la fiebre se mantiene alrededor de 39°; se extraen los puntos de sutura por cuyos orificios salen gotas de pus, se hace gran lavaje al bicloruro de mercurio. Al día siguiente la fiebre comienza á descender, tornando á la normal al décimo día. Continúa después sin ningún accidente, y se le expide el alta el 23 de Diciembre completamente curada.

Histerectomía vaginal.—Cáncer

Nº XLIII

Pascualina C.. 38 años, casada, italiana. Ingresó al Hospital el 7 de Enero de 1895.

No recuerda la época de su primera menstruación: ha tenido un hijo.

La enferma no suministra datos ó á estos no se les puede dar importancia á causa de su defectuoso desarrollo intelectual. Ingresó á la Sala enviada por la Asistencia Pública con el diagnóstico de úlcera del cuello.

Examen.—Vulva y vagina normales. Cuello grande, duro, tomentoso, útero en posición y con sus movimientos limitados, anexos bien, fondos de saco libres.

Al Speculum.—Se descubre el cuello, apareciendo este con una ulceración del tamaño de un centavo, comprendiendo parte de la mucosa del cuello y parte del canal cervical; la ulceración es anfractuosa, sangra con mucha facilidad y es irregular en sus bordes. Practícase un raspado explorador, enviándose la mucosa á la Asistencia Pública para su examen anátomo-patológico.

El análisis hecho por el Dr. Méndez, se reasume en estos términos: Carcinoma de la mucosa uterina.

Operación. – Histerectomía vaginal.

Colocada la enferma en posición dorso sacra y un ayudante de cada lado, se tomó con las pinzas de Museux el cuello, atrayéndolo hasta la entrada de la vagina. Incisión del fondo de saco de Douglas en el punto de inserción con el cuello uterino, abertura del peritoneo, sutura de este á las paredes vaginales, circunscisión completa de la vagina, desprendimiento de la vejiga, abertura del peritoneo, sutura.

Procédese en seguida á invertir el útero, para lo cual se colocan pinzas de Museux en su pared posterior, ejerciendo tracciones hasta conseguir invertirlo por completo; colócanse en seguida y con gran facilidad dos pinzas-clamps, una de cada lado, en los ligamentos anchos, y se seccionan los tejidos. Se extrae el cuerpo del útero con los anexos. *Toilette* y tapón de gasa iodoformada en la vagina, teniendo cuidado de envolver las pinzas en gasa ó algodón para que no lastimen las paredes de la vagina.

La enferma marcha bien, sintiendo sólo un poco de dolor que se le calma con píldoras de opio. A las 48 horas se extraen ambas pinzas, la herida da muy poca sangre. Sin otra novedad, se levanta á los 18 días y sale de alta á los veintiuno.

Histerectomía vaginal. — Cáncer

N° XLIV

Leonor A., 45 años, viuda, española. Entró al Hospital el 14 de Julio de 1895.

Antecedentes hereditarios. — Ignorados.

» *personales.* — Fiebre tifoidea, histeria.

Regló á los 16 años y se casó á los 38, no ha tenido familia y á los dos años de casada adquirió una vaginitis blenorrágica. Desde entonces se encuentra enferma. Ingresó al Hospital Rivadavia donde se le hizo una salpingo ovariotomía; poco tiempo después y sintiéndose con fuertes dolores en el hipogastrio, ingresó á nuestro servicio.

Examinada la enferma, sólo se comprobó que al histerómetro sangraba con facilidad la mucosa uterina, teniendo además un poco de flujo acuoso y algo fétido. Se le hizo un raspado modificador y explorador á la vez, enviando la mucosa al laboratorio de la Asistencia Pública para su examen.

La respuesta del análisis microscópico hecho por el Dr. Méndez, fué: «Metritis intersticial con degeneración glandular carcinomatosa en principio».

Practícase la histerectomía vaginal el 12 de Setiembre. Procedimiento de Müller con sección del útero en partes iguales. La estrechez considerable de la vagina dificulta un poco las maniobras, terminándose la operación en 55 minutos.

Se sacan las pinzas á las 48 horas. La enferma se levanta á los 14 días y sale de alta á su pedido á los veintiuno.

Fibromioma intersticial.—Histerectomía vaginal

Nº XLV

Ignacia D., 39 años, viuda, paraguaya. Entró al Hospital el 15 de Diciembre de 1895.

No hay antecedentes hereditarios y ella ha sido siempre sana.

Regló á los 15 años y se casó á los 16. Ha tenido tres hijos; en su primer parto sufrió mucho y guardó cama cerca de 20 días.

Hace como 4 años que comenzó á sentir dolor en las caderas, y su menstruación más abundante que lo normal. No se puso en tratamiento, continuando sus dolores acompañados de grandes pérdidas sanguíneas; últimamente empezó á tener dificultad en la micción, haciéndose esto cada vez más molesto y penoso, por lo que ingresó al Hospital.

Examen. — Desgarradura perineal de 2° grado, prolapsus vaginal anterior, cuello grande, desgarradura bilateral, útero grande del tamaño de un puño, móvil, pero descansando en la sínfisis púbica y ejerciendo compresión en la vejiga; fondos de saco amplios; percíbense perfectamente ambos anexos que se encuentran sanos.

Al Speculum.—Se comprueba la posición del útero por medio del histerómetro que da 14 centímetros.

Diagnóstico.—Fibroma intersticial.

Tratamiento.—Histerectomía vaginal.—*Procedimiento Peán-Richelot.* La operación dura hora y cuarto.

Se extrae un tumor del tamaño del puño con un núcleo de fibroma sub-seroso del tamaño de una nuez. colocado en la pared posterior del útero.

La enferma se levantó á los 14 días. saliendo de alta á los veintiuno.



Fibroma sub-seroso pediculado

XLVI

(Prins)

Fibroma sub-seroso pediculado

Nº XLVI

Nieves T. de Q., 34 años, casada, argentina: quehaceres domésticos. A los 14 años tuvo su primera menstruación y se casó á los 23. No ha tenido ningún hijo ni aborto.

Menstruación.—Antes del matrimonio le duraban las reglas de 7 á 8 días, después del matrimonio quince ó veinte, y actualmente 3 á 4 días. Son abundantes, vienen regularmente cada mes; son dolorosas y de una coloración casi negra. Pero lo más particular de su menstruación, es que la sangre sale en su mayor parte en coágulos, y al mismo tiempo expulsa una gran cantidad de membranas.

Antecedentes personales. — Su enfermedad actual data desde hace 11 años, es decir, poco tiempo después de casarse. La primera novedad que sintió, fué que las reglas le duraban 15 ó 20 días en vez de ocho que era lo ordinario; al mismo tiempo, eran acompañadas de fuertes dolores. Algunos años después de casada, tuvo flujo blanco que le dura todavía. Ha estado en manos de varios facultativos, los que la han tratado sin resultado alguno.

Estado actual.—Entra al servicio el 29 de Marzo, acusando dolores intermitentes extendidos á todo el abdomen; estos dolores empiezan 8 días antes de las reglas y desaparecen en pleno período menstrual, pero sólo después de haber expulsado con los menstruos, gran cantidad de membranas. Siente también un dolor continuo localizado al nivel de los anexos del lado izquierdo. Tiene dolores de cabeza acompañado de mareos, dolores en el estómago y en las piernas, parte posterior del tórax y región precordial, acompañados de palpitaciones; sin embargo, el examen clínico de los pulmones y del corazón no revela ninguna lesión orgánica apreciable. Tiene también flujo blanco en regular cantidad.

Examen.— Vagina amplia, cuello de tamaño y consistencia normal, fondos de saco depresibles, el posterior se encuentra ocupado por un tumor globuloso del tamaño de un limón, duro, resistente, sin rugosidades, algo fijo. A la palpación bimanual, se nota el cuerpo del útero ocupando la excavación sacra, en retroflexión. Por las maniobras digitales es imposible reponerlo, lo que hace pensar en un tumor de los anexos que lo fija y retiene en esa posición. Los anexos no se aprecian.

Al Speculum. — Se comprueba la forma del cuello; el histerómetro da 7 centímetros y medio y útero en retroflexión.

Diagnóstico. — Retroflexión adherente del útero por tumor de los anexos ó cuerpo del útero.

Operación, el 4 de Abril dé 1896. — *Laparotomía.* Abierto el abdomen, se encuentra el útero caído en la

excavación sacra, arrastrado por un tumor bilobulado, duro, resistente y pediculado; la primera impresión es la de un quiste del ovario, pero examinado con más detención se ve que se trata de un fibroma sub-seroso, fijo á la parte posterior del cuerpo del útero por un pedículo de uno y medio centímetro de espesor.

El tumor se extrae á la superficie de la herida con alguna dificultad, se coloca un pinza-clamp, se sutura y se secciona á termo-cauterio. Con la extracción del tumor el útero vuelve á su posición normal. Los anexos se encuentran bien. Tiempo de la operación, 40 minutos.

Consecuencias post-operatorias, inmejorables.

La única novedad que se presentó fué una paresia en el brazo derecho, de origen histérico, que le duró quince días.

A los 18 días la enferma se levantó, expidiéndosele el alta á los veintidós, por encontrarse en perfecto estado de salud.

CONSIDERACIONES

En la serie de operadas que componen las 43 laparotomías y 3 histerectomías, cuyas historias preceden, el hecho primordial y que resalta á primera vista es el que se refiere á la ausencia completa de accidentes post-operatorios.

Es sin duda lisongero alcanzar resultados tales, no obstante las diferencias inherentes á servicios, que no están aún instalados con el lujo y multiplicidad de detalles que la especialidad exige.

La falta de reacción febril en todas las operadas, la marcha regular y uniforme en las mismas — ya se trate de simples lesiones de los anexos, como de afecciones supuradas — la cicatrización por primera intención, la ausencia de complicaciones, son hechos positivos, cuyo conocimiento interesa á todos los hombres del arte, y cuyo alcance no ha contribuído en poco á decidir su publicación.

Y si todo esto se relaciona con el manual operatorio seguido, en el cual todo se ha simplificado, se verá que las exigencias en la antisepsia y los detalles molestos con que recargan los autores las intervenciones más fáciles, sólo sirven para disfrazar la sencillez de muchas, exponiendo á un extravío seguro cuando se acepta la confección sin inventario, y sin hacer intervenir el sen-

tido práctico que deriva de la observación discreta. A esa pasividad perjudicial, y á la errónea interpretación de las doctrinas corrientes, debe atribuirse más de un fracaso en los jóvenes médicos cuya preparación técnica suficiente, no está controlada por esas altas cualidades del práctico reposado.

Se vive de impresiones, se espera la última «Revista para aplicar en seguida el tratamiento más novedoso, y así el enfermo es sólo una retorta de experiencias, en vez de ser el libro abierto siempre al estudio del investigador, y destinado á corroborar ó rectificar los tratamientos *á sensación*, con que de allende nos brindan, los que se han impuesto la misión de innovar.

El resultado de procedimientos tan irreflexivos, hay que buscarlo en las cifras necrológicas, lo que no impide que la obsesión llegue hasta seguir considerando el caso *post mortem*, lleno de atractivo y novedad.

No pretendemos *desfacer* nada, lamentamos simplemente que tantas inteligencias distinguidas, se esterilicen y resulten aún perjudiciales por una dirección equivocada ó por precipitaciones (atolondramiento sería la palabra), que neutralizan en el resultado todo el capital científico puesto á contribución.

Y como para digresión basta, volvamos á nuestro objeto. El hecho primordial, como decíamos en un principio, es el que se refiere á la carencia de accidentes post-operatorios.

La explicación de este resultado no está en la exageración de los preceptos de la asepsia y antisepsia, sino en la educación consciente, en esos mismos principios,

sin *mise en scéne* aparatosa ni ridiculeces, tanto del operador como de sus ayudantes.

No es necesario sumergir los brazos en soluciones de permanganato de potasa ni de tintura de iodo para colorearlos, y después frotar hasta que esta coloración desaparezca, sin preocuparse de nada más, pensando tan sólo en las colonias de bacterios que pudiera haber entre las manos, é ignorando tal vez que un lavaje con agua caliente y jabón ayudado de frotes con alcohol y sublimado, bastan para tener la seguridad de no infectar la cavidad peritoneal, ni ninguna solución de continuidad. No hay que llevar el rigorismo hasta sacar sangre del campo operatorio con las violentas fricciones, siendo preferible friccionar menos, pero asegurándose que el cepillo está limpio. Y por último, es necesario en los momentos críticos ser completamente dueño de sí mismo, para que en esos instantes difíciles no se tomen indistintamente los objetos asépticos como los infectados.

Los cuidados para la asepsia y antisepsia operatoria, deben simplemente ser racionales é interpretados científicamente.

Afecciones Salpingo ovarianas

Las afecciones de las trompas y ovarios son las que predominan, tanto por infección de gonococus, como de estreptococus, habiendo sido deliberadamente conservadores en los límites razonables; los ovarios han sido extirpados cuando hemos considerado que la alteración era muy avanzada y total, tratando los que no se hallaban en estas condiciones, por la ignipuntura. Este procedimiento moderno de conservación para las lesiones microquísticas de los ovarios, ha sido puesto en práctica — creemos que por primera vez entre nosotros — con resultados muy satisfactorios, habiendo practicado también resecciones de trompas, como en el caso N° 37.

Toda intervención de los anexos ha sido precedida de un raspado; creemos que en ningún otro servicio se hace esta práctica que consideramos eficacísima, no sólo como complementaria, sino también como garantía de toda infección ulterior.

Cuando se ha derramado pus en el peritoneo como en el caso N° 11 y otros, se han hecho lavajes á gran agua esterilizada en toda la cavidad abdominal, valiéndonos del irrigador á media presión, y utilizando también soluciones al 3 °/₀ de ácido bórico.

El caso N° 18 es muy interesante; la extirpación de ambos ovarios no ha modificado en nada la menstrua-

ción, y á los diez meses de operada, continúa reglando de una manera normal: la explicación para nosotros es fácil; restos de ovario han quedado en el pedículo, siguiendo los óvulos el proceso normal de su evolución. El Nº 5 con el procedimiento atrevido de abandonar parte del saco dentro de la cavidad abdominal, nos ha interesado doblemente, tanto por su espléndido resultado como medio curativo, como por lo que se relaciona á las ulterioridades de los órganos genitales, pues la enferma poco tiempo después se embarazó.

Retroflexiones adherentes

Un solo caso de gastro histeropexia tenemos por esta causa; sus resultados satisfactorios no nos imponen sin embargo, aceptar esa intervención como el único tratamiento en las retroflexiones adherentes; muchas veces se observan tracciones molestas producidas por las bridas cicatriciales peritoneo-uterinas, sin contar que en otras se forman peritonitis parciales que son muy incómodas, aparte de la influencia desfavorable sobre la evolución del embarazo.

En la serie de casos operados, hemos optado por el simple desprendimiento de las adherencias con reposición del útero, y las historias N° 8, 22, 32, 35 y 39 confirman la bondad del procedimiento por los resultados obtenidos.

Creemos que la gastro-histeropexia para simples desviaciones uterinas sin lesiones anexiales, ha de ser reemplazada por la elitrotomía interligamentaria, cuya inocuidad es manifiesta.

El procedimiento seguido ha sido el de Czerny, sin pensar por esto que el de Leopold, Sænjer, Pozzi, etc., sea desfavorable; solo hemos pensado para su aplicación, que la sutura transitoria será siempre preferible á la definitiva.

Quistes hidatídicos

En los quistes hidatídicos cuyas historias corresponden á los Nos 9, 40 y 42, hemos seguido el procedimiento radical de Landau Wolkman, siendo partidarios de él por considerarlo inmejorable, pues el temor de infectar el peritoneo es algo remoto; en la serie de operaciones correspondientes al año pasado, tenemos un caso práctico en el cual gran cantidad de pus se derramó en la cavidad peritoneal. La enferma no sólo curó, sino que evolucionó sin fiebre.

Histerectomías vaginales

En esta clase de intervenciones hemos usado el procedimiento Péan-Richellot, con la modificación de Müller; las pinzas-clamp se han colocado muy próximas al nacimiento de los ligamentos anchos, para evitar la compresión de los uréteres; se ha suturado cuando ha sido posible el peritoneo á la vagina, sin creer que este detalle sea una necesidad imperiosa para su buen resultado; las pinzas cuya extracción se ha hecho á las 48 horas nunca han dado sangre, lo que prueba que la torsión de los ligamentos anchos ha contribuído á asegurar la hemostasia.

En los casos que ha existido prolapso vaginal, hemos simplificado la operación suprimiendo la colporrafia, que no obstante ser el procedimiento seguido por Pozzi, lo encontramos más complicado y sin ventaja positiva de ningún género, pues el resultado obtenido en nuestras enfermas, atestigua la bondad de la simple histerectomía, sin suturas vaginales.

Creemos que en los casos de carcinoma inicial, el resultado es brillante en lo que se refiere á la reproducción; todas las operadas continúan bien, con su estado general inmejorable, y una nutrición tan visible y favorablemente modificada, que se les puede contar como éxitos definitivos.

Se notará que en todos los casos hemos optado por la histerectomía total; seguimos en esto las ideas y práctica del clínico de *l' Elsässen Strasse* cuyas estadísticas son bien concluyentes. Sobre veintiocho enfermas operadas por el procedimiento de Schrœder (amputación supra-vaginal), Martín ha visto recidivar veintiséis antes de un año, mientras que la extirpación total ha sido seguida de un 70 °/₀ de curaciones después del mismo período de tiempo.

Si tenemos en cuenta que es muy difícil precisar los límites de la degeneración; que aun en las lesiones aparentemente limitadas, el cáncer se insinúa por la mucosa del canal cervical; que el peligro de la infección ganglionar sólo puede evitarse por una intervención rápida y total, comprenderemos entonces toda la verdad que encierra la sentenciosa frase de Kaltenbach: « Algunas veces me he arrepentido de no haber quitado bastante; jamás de haber extirpado demasiado ».

Hoy que los progresos de la técnica han hecho de la histerectomía vaginal una operación común, reduciendo la mortalidad á un 5 °/₀, no hay razón para vacilar en presencia de una lesión carcinomatosa del cuello por limitada que parezca; sólo le queda al cirujano respetar mucho las contra-indicaciones, (no operar cáncer que haya franqueado los límites del útero).

Es sin duda debido á la falta de oportunidad ó tardía intervención, que se registran insucesos, en casos que la operación ha debido ser salvadora.

CONCLUSIONES

Considerando sin prejuicio alguno, el total de operadas en sus resultados ulteriores, puede especificarse así: el 70 % radicalmente curadas, el 25 % muy mejoradas — comprendiendo éstas, sobre todo, las lesiones de los anexos — y el 5 % estacionarias. En estas últimas, las lesiones predominantes han sido de los ovarios; una de ellas es una gran histérica y ha continuado con los mismos síntomas; en otra ha disminuído la localización dolorosa del ovario, pero han persistido dolores pelvianos; una tercera continúa con dolores lumbo-ciáticos imputables á la lesión ovárica.

Entre los casos de curaciones radicales, hay algunos sorprendentes, pues varias mujeres jamás gozaron de mejor salud que después de operadas, y otras como los Nos 5, 20 y 27 se encuentran embarazadas.

Al terminar este opúsculo, faltaríamos á un deber elemental, si no consignáramos los nombres de los distinguidos médicos que nos han ayudado con su consejo ó estimulado con su presencia en la clínica.

A los doctores Güemes, Bazterrica, Aguilar, Castaño, Vila, Pietranera, Pita, Larrosa, Montes de Oca y José R. Castilla, nuestro cordial reconocimiento.

Buenos Aires, Marzo de 1896.

RESUMEN

DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS EL AÑO 1895

Laparotomías

Por afecciones de los anexos	33
» quistes hidatídicos del hígado	3
» tumores quísticos	3
» gastro-histeropexias	1
» cuerpo extraño y fístula abdominal	1
» embarazo extrauterino	1
Total	42

Colpo Histerectomías

Por cáncer del útero	2
» fibromioma	1
Total	3

Operaciones en el cuello

Amputaciones conoideas	10
» altas	1
Traquelorrafias	3
Total	14

Operaciones en la vagina

Colpoperincorrafias	6
Perineoauxesis	1
Colporrafias (anterior y posterior).....	3
Perineorrafias	7
Total..........	17

Raspados

Curativos	35
Modificadores	10
Exploradores	4
Total..........	49

Fístulas

Vésico-vaginales....................	2
Vagino-perineales..................	1
Rectales	3
Total..........	6

Varias

Hematoceles retrouterinos (elitrorrafia y punción)......................	2
Extracción de un bolo fecal	1
» digital de restos placentarios	2
Punciones abdominales por ascitis	4

Dilatación del exófago	1
Extracción de catarata	1
Cáncer de la mama	2
Linfo sarcoma del cuello	1
Epitelioma de la nariz	1
Adeno-línfoma de la axila	1
Extirpación de quistes de la glándula de Bartolino	3
Desarticulación coxo-femoral	1
Amputaciones del antebrazo	1
Tenotomía izquierda por pie varus equino	1
Lupus de la vulva	2
Total	24
Total de intervenciones	155

ÍNDICE

PARTE SEGUNDA

LÁMINAS

